

JOAQUIM JOSÉ LOPES



Mastoidites agudas, suppuradas  
e seu tratamento cirurgico

THESE DE DOUTORAMENTO

• • • APRESENTADA A • • •

Faculdade de Medicina do Porto



OUTUBRO - 1919



Porto

Escola Tipográfica da Officina de S. José  
Rua Alexandre Herculano

1919

Mastoidites agudas, suppuradas  
e seu tratamento cirurgico



JOAQUIM JOSÉ LOPES

---



Mastoidites agudas, suppuradas  
e seu tratamento cirurgico

---

THESE DE DOUTORAMENTO

♦ ♦ ♦ APRESENTADA À ♦ ♦ ♦

Faculdade de Medicina do Porto



---

OUTUBRO - 1919

---



Pôrto

---

Escola Tipográfica da Oficina de S. José  
Rua Alexandre Herculano

---

1919

# Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

SECRETÁRIO

Álvaro Teixeira Bastos

## CORPO DOCENTE

### PROFESSORES ORDINÁRIOS

Augusto Henrique de Almeida Brandão.....	Anatomia pathológica.
Vaga.....	Clinica e polyclínica obstétricas.
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos.....	História da Medicina. Deontologia médica.
João Lopes da Silva Martins Júnior	Hygiene.
Alberto Pereira Pinto de Aguiar..	Pathologia geral.
Carlos Alberto de Lima.....	Pathologia e therapêutica cirurgicas.
Luís de Freitas Viegas.....	Dermatologia e Syphiligraphia.
Vaga.....	Pediatria.
José Alfredo Mendes de Magalhães	Therapêutica geral. Hydrologia médica.
António Joaquim de Sousa Júnior .	Medicina operatória e pequena cirurgia.
Thiago Augusto de Almeida.....	Clinica e polyclínica médicas.
Joaquim Alberto Pires de Lima....	Anatomia descriptiva.
José de Oliveira Lima.....	Pharmacologia.
Álvaro Teixeira Bastos .....	Clinica e polyclínica cirúrgicas.
António de Sousa Magalhães e Lemos .....	Psychiatria e Psychiatria forense.
Manuel Lourenço Gomes.....	Medicina legal.
Abel de Lima Salazar .....	Histologia e Embriologia.
António de Almeida Garrett.....	Physiologia geral e [especial.
Alfredo da Rocha Pereira.....	Pathologia e therapêutica médicas.
Vaga.....	Clinica das doenças infecciosas.

### PROFESSORES JUBILADOS

Pedro Augusto Dias.

José de Andrade Gramaxo.



A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na these.

*(Regulamento da Faculdade de 23 de Abril  
de 1840, art. 155.o)*

# A meus Paes

Eterna gratidão e amor.



# A meus Irmãos

Pequena prova do muito que os amo.

A meus Parentes que se  
alegram com a minha alegria

Amizade reconhecida.



## A MEUS CONDISCIPULOS

Em especial aos meus amigos

Dr. Abilio de Deus Pereira do Lago e Costa

Dr. João Martins Vianna

Dr. Arthur Adriano Arantes

Quem sabe para quantos será esta a ultima  
prova da minha amizade...

Para esses que se apartam do amigo sincero  
o meu coração no manto da saudade.

Ao sabio professor e meu  
dignissimo presidente de these

Ex.<sup>mo</sup> Senhor

Dr. Alvaro Teixeira Bastos

Homenagem de profundo respeito  
e reconhecimento.

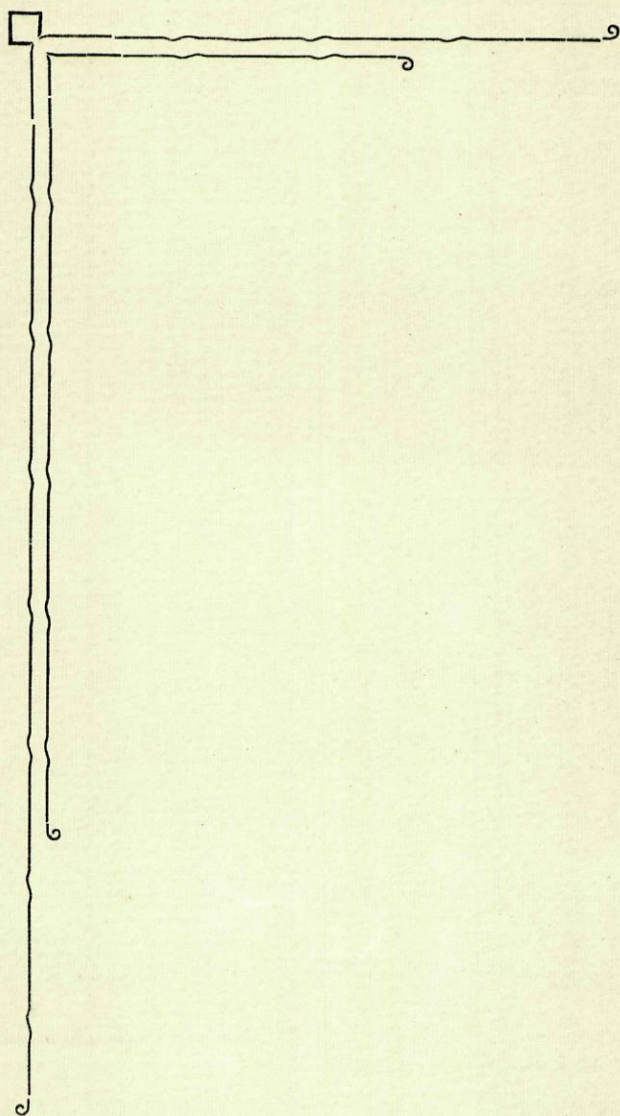


Ao illustrado Corpo Docente

da

FACULDADE DE MEDICINA  
DO PORTO

O discípulo reconhecido





# Quadro synoptico

	PAG.
Prologo . . . . .	23
Introdução . . . . .	27
Dissertação . . . . .	29
Cap. I — Resumo historico da trepanação da mastoide . .	31
Cap. II — Anatomia topographica . . . . .	33
Cap. III — Mastoidites . . . . .	47
a) Definição . . . . .	47
b) Etiologia e pathogenia . . . . .	47
c) Anatomia pathologica . . . . .	50
d) Evolução e complicações . . . . .	51
e) Symptomatologia . . . . .	35
f) Diagnostico . . . . .	59
g) Prognostico . . . . .	67
Cap. IV — Indicações e contra-indicações operatorias em geral	69
Cap. V — Tratamento pela trepanação . . . . .	75
A) Trepanação simples da apophyse ou antro- tomia . . . . .	75
B) Esvaseamento petro-mastoideo ou cura radical . . . . .	82
a) Processo de Schwartz . . . . . 85	
b) « « Stacke . . . . . 87	
c) « « Wolf . . . . . 88	
d) « « Kuster . . . . . 89	
e) « « Bergmann, . . . . . 89	
f) « « Zanzal . . . . . 89	
g) « « Cozzolino . . . . . 89	
	Com algu- mas indica- ções e con- tra-indica- ções opera- torias.
Appendice ao tratamento pela trepanação . . . . .	91
A) Cuidados post-operatorios . . . . .	91
Curativos { methodo complexo . . . . .	92
methodo simples } Laurens . . . . .	94
Eoman . . . . .	95
B) Antoplastia mastoidea . . . . .	95
a) Processo Mosetig-Morrhof . . . . .	97
b) « de Stacke . . . . .	98
c) « « Passow-Trautman . . . . .	100
d) « « Georges Laurens . . . . .	101
C) Incidentes e accidentes post-operatorios . .	102
D) Cura . . . . .	104
Cap. VI — Casos clinicos . . . . .	105
Conclusão . . . . .	113
Bibliographia . . . . .	115

## Prologo

---

**A**O principiarmos um trabalho de summa importancia e utilidade, cheio das maiores difficuldades, sobretudo para um principiante, pois que se não pode em materia cirurgica sophismar com divagações litterarias e devaneios, puzemos de parte esperanças de originalidade que por vezes alimentamos no nosso espirito inexperiente, e colheremos tão sómente dos autores, o que ha de principal para um breve estudo sobre mastoidites e seu tratamento cirurgico, sem nos embrenharmos em assumptos com este

relacionados, a não ser no indispensavel para nitidez e facil comprehensão.

Certos, porém, do valor scientifico pouco apreciavel d'este nosso trabalho e das lacunas que são a prova mais frisanste da inexperiencia, nós esperamos, no entanto, que os mestres judiciosos e tolerantes, serão conosco indulgentes e nos farão a justiça de reconhecer que elle é, pelo menos, filho da boa vontade.

E desde já, n'estas nossas primeiras linhas, consignaremos o nosso reconhecimento a



todos os que foram nossos professores, e os maiores protestos de estima e gratidão ao Ex.<sup>mo</sup> Senhor Dr. Alvaro Teixeira Bastos, que nos indicou este nosso thema e nos cedeu os casos clinicos, bem como ao seu digno assistente Dr. João ~~d~~ Almeida que nos forneceu alguns dados para este nosso trabalho. / 2

# Introducção

---

**P**ARA melhor orientação do ponto sobre que vamos dissertar, dividiremos o assumpto em seis pequenos capitulos:

I — Resumo historico da trepanação da mastoide.

II — Ligeiras considerações sobre a anatomia topographica com applicação á cirurgia.

III — Das mastoidites.

IV — Indicações e contra indicações operatorias.

V — Technica operatoria.

VI — Casos clinicos.

---

DISSERTAÇÃO

---



## CAPITULO I

### Resumo historico da trepanação da mastoide

Com a descoberta de VESALIO da comunicação das cellulas mastoideas com a caixa do tympano, despertou-se a primeira ideia da abertura cirurgica da apophyse a JOHAM RIOLAN, que a aconselhou em 1649, para evacuar abcessos intramastoideos e curar a surdez, nos casos de obstrucção da trompa de EUSTACHIO e zumbidos do ouvido.

Dizem alguns auctores que a primeira trepanação da mastoide foi feita no seculo XVII por FABRICE de HILDEN. Esta operação foi comtudo designada durante algum tempo com o nome de operação de JASSER, por se suppor ter sido este notavel cirurgião quem

primeiro a praticou em 1776, quando é certo que já em 1750, e com extraordinario exito, a haviam executado em um caso de abcessô retro-auricular, o celebre cirurgião JEAN LOUIS PETIT, n'um doente com carie da apophyse mastoide, e um anno mais tarde, com feliz resultado, MORAND n'um caso identico de mastoide com carie.

D'ahi por diante, muitas vezes ainda foi feita esta operação, com methodos differentes, tendentes á sua simplificação, mas sem a precisa indicação e devida asepsia, e portanto, com resultados muito desastrosos, tendo em 1791, depois da morte do DR. BERGER, medico do rei da Dinamarca, victima da trepanação mastoidea, caído em descredito completo e abandono por mais de trinta annos.

Em 1824, WEBER trepanou um doente que recuperou a audição, sendo esta a primeira operação que se fez desde a morte de BERGER; tal o terror que se havia apoderado dos espiritos!

Mais tarde DENONVILLIER, MORELL, LAVALLE, RICARD, DUPLAY, LARREY, SEDILLOT, FOLIN e tantos outros, bem alto elevaram o credito cirurgico, com os brilhantes resultados que obtiveram, sempre que lançaram mão, em bem da humanidade e da sciencia, de tão importante intervenção.

Foi, porém, com SCHWARTZE e seus discipulos, que ella tomou o seu logar de honra, com a technica e indicações precisas; tendo tido varias modificações com outros distinctos cirurgiões, como KUSTER, BEGMAN, STACKE, etc.



## CAPITULO II

### Ligeiras considerações sobre a anatomia topographica com applicação á cirurgia ———

Neste capitulo não iremos fazer um accurado estudo da anatomia descriptiva da região mastoidea, mas tão sómente tratar do que de importante ahí encontramos, afim de que, quando nella tenhamos de intervir, possamos fazê-lo com conhecimentos seguros do terreno sobre que actuamos, para assim podermos evitar os perigos inherentes ás intervenções da mastoide, que devem ser conhecidos do cirurgião.

A região mastoidea occupa a parte infero-lateral do craneo. Apresenta uma forma triangular, de base dirigida para cima e vertice para baixo.



Os seus limites são os mesmos da apophyse mastoide: em baixo o vertice da mastoide, em cima uma linha prolongando para traz o bordo superior da raiz da arcada zigomatica, (*linea temporalis*); adeante uma vertical passando pela parte posterior do conducto auditivo e pelo bordo anterior da mastoide; atraz o bordo desta mesma apophyse prolongado até ao asterion, isto é, até ao ponto de união dos ossos temporal, occipital e parietal.

Pela inspecção da região observa-se uma saliencia constituida, quer pela propria apophyse, quer pelas massas musculares do pescoço, que ahi vem procurar as suas inserções

Pela palpação obtem-se uma sensação de resistencia, offerecida pelo tecido osseo que constitue a apophyse.

A percussão dá em resultado a producção de diversas tonalidades de som; indo desde a matidez mais ou menos completa, até á sonoridade quasi tympanica.

Variações essas, que se explicam pelas variedades de apophyses mastoides; pois que, unindo as duas laminas de tecido compacto, encontra-se nellas um tecido osseo mais ou menos areolado, que constitue as cellulas mastoideas. Quer dizer: a apophyse apresenta, no seu interior, cavidades mais ou menos volumosas, mais ou menos numerosas, podendo existir tambem sómente, o antro que é a cellula primordial.

A anatomia, pois, é o fundamento da medicina operatoria; sem ella não ha boa intervenção, e a ha-

bilidade cirurgica não pode de forma alguma suprimil-a.

A apophyse mastoide é quasi subcutanea; encontra-se apenas na sua superficie uma camada de espessura minima, incisavel a um só golpe de bisturi e constituída pelos seguintes elementos: pelle, tecido cellulo-adiposo, aponevrose superficial, musculos e periosteo.

A pelle é mui fina e lisa, desprovida de pellos e pouco movel.

O tecido cellulo-adiposo dispõe-se sob a forma trabecular.

A aponevrose é constituída em cima pela camada aponevrotica epicraneana; na face interna une-se ao periosteo por um tecido conjunctivo laxo, na externa insere-se nos dois feixes transversos do auricular posterior, e na parte inferior da região, funde-se de um modo mais ou menos intimo com os tendões dos diversos musculos, que tomam inserção na mastoide.

A camada muscular é constituída pelo auricular posterior, feixes externos do occipital, esterno-cleido-mastoideo, esplenios, pequenos complexos e pelo ligamento posterior da orelha, que vae da base da mastoide á parede posterior do conducto auditivo.

O periosteo é muito espesso e dá inserção aos musculos.

A apophyse mastoide tem vasos de pouca importancia, debaixo do ponto de vista operatorio. Existem:

1) A arteria articular posterior, ramo collateral da carotida externa; a qual segue um tracto ascen-



dente, para se collocar, depois de atravessar a glandula parotida, na camada subcutanea do sulco, que forma o pavilhão com a apophyse mastoide, sendo fatalmente lesada no primeiro tempo da operação, quando a incisão contorna este sulco.

2) A arteria occipital, que seguindo ao lado do ventre posterior do digastrico, dá no seu tracto um ramo meningeo que atravessa o orificio mastoideo, e manda um ramosinho ao diploé.

3) A veia mastoidea, que forma parte das tegumentosas do craneo, e vae lançar-se na jugular externa.

4) A veia mastoidea anastomotica que atravessa o orificio mastoideo, e põe em communicação o seio lateral com as veias da região; o que nos explica a gravidade das erysipelas, dos phlegmões, dos abcessos, emfim, de qualquer infecção do couro cabelludo, podendo complicar-se de uma sinusite ou de uma meningoencephalite, algumas vezes mortal; e explica-nos tambem a razão da applicação de sanguesugas na região, nos casos de congestão no endocraneo.

Como nervos, temos os ramos do facial e do plexo cervical.

Abaixo de tudo isto, encontramos o plano esquelético, representado pela apophyse mastoide, que em geral é superficial, onde encontramos pontos de referencia da maior importancia para intervenções que nella se praticam: a espinha de HENLE, (*spina supra meatum* dos allemães), pequena lamina ossea concentrica, de bordo saliente e cortante, situada na parte postero-superior do conducto auditivo; a crista supra



mastoidea, (*linea temporalis*), relevo osseo horizontal que separa a mastoide da escama, e prolonga para traz a raiz posterior da apophyse zigomatica; a sutura escamo-mastoidea, com direcção obliqua para baixo e para deante, representada pela linha escamosa e o rochedo, (neste nivel o periosteo é extremamente adherente, e muitas vezes a porção escamosa da apophyse situada para baixo e para deante da sutura é lisa e unida, contrastando com as irregularidades da porção petrea) e, finalmente, um ponto de referencia de grande importancia na infancia — a mancha esponjosa — com funcção analoga áquella que conforme demonstraram FARABEUF e LAUNAY, se exerce nos mammiferos inferiores: «o sangue intracraneario, não podendo passar pela veia jugular interna, distante ou insufficiente, sae do craneo, principalmente por orificios que se encontram no temporal, para se lançar na confluyente parotidiana».

Todos estes pontos podem faltar em alguns individuos; entretanto, a crista supra-mastoidea, sendo mais ou menos saliente segundo os individuos, é sempre apreciavel, mesmo na infancia.

No interior da apophyse encontramos uma serie de pequenas lojas, denominadas *cellulas mastoideas*.

Estas cavidades estão sempre cheias de ar, pelo que são tambem chamadas cavidades *pneumaticas*; e segundo estas *cellulas* predominam sobre o tecido esponjoso do osso, ou este leva vantagem sobre aquellas, ou ainda estão as mesmas quasi completamente desaparecidas, (a apophyse é então exclusivamente constituida por um tecido *diploico ordinario*)

ou mesmo, como em certos casos, formada por um tecido compacto esclerosado, duro como marfim, assim os autores dividem as apophyses em pneumáticas, ou de grandes cavidades, diploicas ou de abundante tecido esponjoso, eburneas ou em que predomina o tecido compacto; o que constitue um aviso para o cirurgião, para que procure agir sempre com prudência, uma vez que lhe é impossível assegurar-se, *á priori*, da variedade de apophyse que tem deante de si, lembrando-se sempre que, se pode encontrar uma apophyse eburnea ou diploica, em que poderá dar largos golpes de escopro sem inconveniente, também poderá encontrar uma apophyse pneumática, na qual, se assim proceder, terá surpresas por demais desagradáveis.

D'entre as células que constituem o systema mastoideo, uma existe, única, constante, invariável na sua séde e nas suas relações com a caixa do tympano, e só variando nas suas dimensões: é o antro mastoideo (cellula magna), cirurgicamente accessível pela via mastoidea, occupando, sobretudo quando as suas dimensões são restrictas, a base da apophyse, mostrando que esta cavidade é a única que se encontra durante os primeiros mezes da vida.

De forma cuboide ou triangular de base superior, acha-se essa célula situada atrás da caixa, na parte superior da apophyse, atrás e um pouco para cima do conducto auditivo externo, na altura da articulação da bigorna com o martello (SCHWARTZE).

Qualquer que seja a idade do individuo, diz BROCA, o antro está situado «abaixo da crista supra-



mastoidea, para cima e adeante da sutura escamo-mastoidea»; com a existencia destas duas linhas, que é a regra no adulto, podemos delimitar com precisão o campo operatorio.

Quanto ás outras cellulas podem ser divididas, conforme a parte do temporal e da apophyse que occupam, em escamosas, mastoideas e petreas.

Todas estas cellulas, quando existem, sendo cautelosamente observadas, communicam-se com o antro pelo adito externo.

Esta cavidade sendo, por assim dizer, o vestibulo de todas as demais, comprehende-se que num caso de mastoidite chronica, em que o pús se infiltrou portanto em todas as cellulas da mastoide, não basta fazermos a trepanação simples, isto é, a antrotomia (abertura do antro e cellulas periantraes), mas necessario se torna procedermos ao esvaziamento petro-mastoideo, quero dizer, á abertura do antro e suas cellulas, e transformação do aditus, que é o canal que estabelece a comunicação do antro com as cellulas da parede posterior da caixa do tympano, em uma cavidade commum com o antro e a caixa; para o que destruiremos o muro da lojeta, lamina de tecido osseo que separa o attico do conducto auditivo externo.

A caixa do tympano communica com o antro pelo *aditus ad antrum* ou canal petro-mastoideo (SAPPEY), pelo qual podemos fazer penetrar um estylete na cavidade supra tympanica ou attico.

O canal petro-mastoideo tem o seu orificio de entrada na parede mastoidea da caixa, e segundo o



professor TILLAUX «este orificio está situado exactamente no prolongamento da trompa de EUSTACHIO; de modo que a caixa e as cellulas mastoideas formam um unico canal, continuo, dilatado em ampola para o seu meio».

Entre a parede superior do conducto auditivo e a parede superior da caixa (tegmen tympani), existe uma differença de nivel, que corresponde á altura do attico ou andar superior da caixa, designada pelos nomes da cavidade de SCHRAPNELL ou lojeta dos ossinhos.

Esta ultima designação satisfaz, porque a maior parte da bigorna e do martello acha-se encoberta pela parede superior do conducto auditivo.

Estabelecida esta noção anatomica, torna-se de difficil observação ao cirurgião a existencia dos focos suppurativos que occupem esta região, salvo nos casos excepçionaes em que o rebordo do conducto foi destruido pelos progressos da osteite; e outra impossibilidade é a introdução de instrumento que não seja curvo na sua extremidade.

A caixa do tympano, cavidade aerea em communição com a trompa de EUSTACHIO, acha-se implantada na base do rochedo, entre o conducto auditivo externo e o ouvido interno.

A face interna ou labyrinthica da caixa, não offerece a mesma importancia cirurgica que a face externa ou tympanica.

Esta, que é constituida em parte pela membrana do tympano, pois que não oblitera todo o conducto,

apresenta para baixo um pequeno sulco, relativamente consideravel, ficando acima uma outra gotteira: é esta abobada, esta cavidade epi-tympanica (BROCA) que os auristas modernos chamam «attico».

«O attico é pois, diz BROCA, a parte da caixa situada acima de um plano ficticio, passando pela curta apophyse do martello. A parede externa é fechada para baixo, em pequena extensão, pela membrana de SCHRAPNELL; acima desta membrana, por uma porção ossea, que WALB chama *pars ossea* e a que chamamos com GELLÉ, muro da lojeta».

Acima do adito e do attico está a abobada do tympano (tegmen tympani) que separa o ouvido medio da fossa cerebral media.

Ahi vê-se, mais ou menos pronunciada, segundo os individuos, a sutura petro-escamosa, larga algumas vezes, a ponto de constituir uma verdadeira «dehiscencia» da abobada. Então ha contacto directo entre a dura mater e a mucosa tympanica, explicando a facilidade das complicações intra-craneeanas.

A configuração interna da cavidade comprehendida entre a parede externa da caixa, para fóra, e os pequenos ossos, para dentro, complica-se á medida que é observada de traz para deante.

O limite inferior da cavidade de SCHRAPNELL, contendo no seu interior a corda do tympano, é separado do ligamento suspensor do martello, por um septo que divide a cavidade em questão em duas lojas de dimensões desiguaes, uma superior e maior, chamada cavidade de KRETSCHMANN, a outra inferior e



menor, representando a cavidade de PRUSSAK. Algumas vezes a cavidade primitiva acha-se sub-dividida por septos, em grande numero de pequenas lojas, que communicam entre si por intermedio de orificios estreitos, sujeitos a obliterarem-se facilmente.

Estas cavidades acham-se em communicação inferiormente por um orificio estreito com o andar inferior da caixa, e para traz abrem-se muito largamente em face do orificio do antro mastoideo, que representa o seu prolongamento posterior, disposição que explica a solidariedade pathologica destas cavidades.

Quanto á pequena cavidade de PRUSSAK, limitada para fóra pela metade inferior da membrana flacida, abre-se para traz no andar inferior da caixa, estreitando-se de traz para diante e indo terminar-se por um fundo de sacco estreito, um pouco para diante da pequena apophyse do martello.

De posse destas noções, pode o cirurgião intervir no ouvido medio; entretanto a presença do canal semi-circular, do facial e finalmente o seio lateral que requer mais precauções, torna, de facto, de utilidade e importancia manifestas a existencia dos pontos de referencia, que permitem encontrar e precisar com segurança, atravez da espessura do osso, a situação exacta do centro diagnosticado.

Depois dos estudos de ZUCKERKANDL e outros, sabe-se que a apophyse mastoide pode ser dividida em quatro quadrantes, por duas linhas que se cruzam: uma vertical que parta da ponta da apophyse e outra horizontal passando pelo conducto auditivo externo.



Estes quadrantes são dois anteriores (superior e inferior) e dois posteriores (superior e inferior) delimitando o seio lateral.

É no quadrante antero-superior que deve intervir o cirurgião.

No esqueleto este quadrante corresponde a uma superfície lisa «triângulo cirurgico retro-meatico» limitada por accidentes da superfície ossea, facilmente apreciaveis : para traz e para baixo, está a crista ou o sulco «vertico-mastoideo» obliquo para baixo e para diante, e vindo terminar-se acima da ponta mastoidea, muitas vezes abaixo do bordo inferior do meato osseo ; para cima, está a crista horizontal, prolongamento do bordo posterior da apophyse zygomatica ; para diante, está o bordo postero-superior do conducto osseo, com a espinha supra meato de HENLE, que é encontrada em quasi todas as apophyses. Uma região de forma triangular, extremamente vascular na infancia, está situada immediatamente abaixo da crista supra-mastoidea, e que CHIPAULT chama «zona crivada retro-meatica» ou mancha esponjosa (BRÜCA) ; coincidindo depois de uma certa idade, com a parte posterior da espinha de HENLE, da qual esta fica sendo o ponto de referencia.

Estes pontos desaparecem á proporção que o individuo cresce em idade, para se dirigirem para baixo e para traz, numa circumferencia concentrica ao meato auditivo. Na infancia para se chegar ao antro com segurança é sufficiente atacar a mancha esponjosa com o bisturi ou com uma curetta.

Ainda mais: se procurarmos o antro na sua séde normal, isto é, muito acima do conducto, a intervenção não traz lesão do facial, ainda mesmo que, aberto o antro, levemos o instrumento sobre a parede externa do adito; não corre igualmente perigo se o inclinarmos um pouco de baixo para cima.

No adulto o antro está mais para baixo, atraz do conducto; a sua extremidade inferior é separada pelo facial. É preciso neste caso conservar o instrumento paralelo ao conducto e proceder com certa prudencia, quando estiver profunda a abertura.

NOLTENIUS avalia em treze millimetros a distancia que separa o facial, em profundidade, da espinha de HENLE.

Sendo de pouca importancia essa media tomada por NOLTENIUS, a conselho de BROCA, pensamos que a melhor precaução a tomar é não trepanar muito para baixo.

A's vezes na simples trepanação da apophyse acontece ser lesado o seio lateral. A frequencia deste accidente, que é devido na maioria dos casos a variações anatomicas importantes, cresce muitas vezes com a falta de cuidado do operador.

Este modo de vêr, pondera o professor BROCA, «parecerá sem duvida um pouco radical aos cirurgiões que tem aberto involuntariamente o seio, mas devo admittil-o, depois de ter aberto mais de trezentas apophyses, sem jamais ter soffrido este contratempo, salvo uma vez em que, tendo terminado o esvasiamento osseo, perfurei o canal venoso, explorando com o estylete um foco purulento que o envolvia»!

Diz mais: «Se existe algumas vezes uma dispo-



sição anatomica tal, que o cirurgião procurando o antro, caia fatalmente no seio, a minha estatistica operatoria prova que ella deve ser muito rara».

Do exposto se vê que a variabilidade das relações do antro e dos órgãos profundos em nada restringe a zona de intervenção; entretanto obriga o cirurgião, desde que passe as camadas superficiaes, a fim de não lesar o seio nem penetrar na cavidade craneana, a não se exceder dos limites de acção, isto é, não trepanar para cima nem para traz do quadrante antero-superior.

Para se evitar a lesão do canal semi-circular, é bastante applicar o protector de STACKE na parede interna do adito.

Outro órgão importante tem que poupar o operador; quando não, verá o seu doente sacrificado, isto é, sujeito a uma paralyisia permanente da face: é o nervo facial.

Afastado de quatro a cinco millimetros do conducto auditivo, o canal do facial, depois de acompanhar o eixo do rochedo, descreve uma curva, (joelho do facial), vindo passar no solo do adito e sair do craneo ao nivel do buraco estylo-mastoideo. A região anterior da apophyse é atravessada pela porção vertical, para traz do ramo posterior do circulo tympanal; a lamina arqueada premasotidea dá passagem a essa porção do nervo, separando-o como sempre dos órgãos de redor delle.

No animo em que explicitamente se inspira esta noção anatomica, no objecto que ella textualmente prefixa ao resumo exposto, fica de antemão definida a sua natureza cirurgica, sem a qual, força é confessar, não pode ser amparado o cirurgião nas suas, intervenções



### CAPITULO III

## Das mastoidites

#### **a) Definição.**

Mastoidites são as inflamações das cellulas mastoideas no curso das infecções; e não sómente, como se poderia julgar, lesões inflammatorias superficiaes, sem participação do osso.

Destas ultimas falaremos tambem adiante no diagnostico differencial.

#### **b) Etiologia e pathogenia.**

A inflamação das cellulas mastoideias é geralmente consecutiva á otite média, se não no ponto de vista

clínico, ao menos no ponto de vista anatomico; e, sendo assim, identica, é a sua causa.

A communicacão do ouvido medio com as cellulas mastoideas, esclarece eloquentemente o modo como se dá a propagação do processo inflammatorio a estas cavidades.

Quando no decurso de uma otorrhêa o corrimento de pús, que se faz mais ou menos regularmente, fôr interrompido, terá como consequencia directa a sua extensão ás cellulas mastoideas; o canal petro-mastoideo, que estabelece a união entre a caixa e as cellulas, facilita a propagação do processo inflammatorio que é feito por contiguidade das mucosas e pela acção da gravidade durante o decubito do doente, quer sob a influencia de uma virulencia extrema, quer pela falta de resistencia do terreno.

A principal condição é a retenção do pús que se pode produzir, quando o tympano não se perfura ou se perfura tardiamente ou de modo insufficiente, e a trompa de EUSTACHIO se oblitera. Nestas condições, estando o ouvido medio infectado, constitue-se uma cavidade fechada e dá-se a lei de pathologia geral que diz ser nella exaltada a virulencia dos germens pathogeneos.

Além de corpos estranhos no conducto auditivo, otorrhagias, fractura da mastoide, do rochedo ou ruptura do tympano, catarrho simples, douches nasaes defeituosas, etc, diversos estados geraes graves, figuram na etiologia destas affecções, como sejam: grippe, broncho-pneumonia, sarampo, escarlatina, variola,



febre tifoide, diphteria, coqueluche, tuberculose, influencia hereditaria, escrofula, syphilis, arthritismo, diabetes, cholesteatoma, etc.

Sabemos tambem como condições predisponentes a influencia do frio humido, do tempo da primavera e do outomno, a maior receptabilidade da juventude.

As diversas investigações bacteriologicas revelaram nos productos segregados os microbios mais variados, pathogeneos ou não.

Os principaes são por ordem de frequencia segundo FUNKE: o pneumococco, o estreptococco, o estaphylococco pyogeneo, dourado e albus, o bacillo da pneumonia de FRIEDLANDER, o bacillo da grippe, o da diphteria e os bacillos saprogeneos de ROSEMBACH.

Os mais virulentos de entre estes microbios são-no bem pouco em summa. Alguns encontram-se, mesmo no estado normal, nas cavidades buccal, nasal, e pharyngea, sem nellas serem pathogeneos; mas, intervindo uma circumstancia adjuvante (resfriamento, sarampo, escarlatina, etc.), accidentes graves se declaram. Os casos de estreptococcos são os mais graves e duram mais tempo que os dos pneumococcos.

No decurso da epidemia grippal que actualmente tem grassado no nosso paiz, alguns casos de mastoidites teem apparecido, dos quaes tres exporemos no capitulo VI do nosso trabalho, sendo um de localisação primitiva e dois consecutivos a otites medias.



### c) **Anatomia pathologica.**

As diferentes reacções anatomicas que se observam na mastoide, no curso da sua infecção, summariamente resumidas, são :

a) *A inflamação* — A congestão e a hyperhemia da mucosa que tapeta as cavidades mastoideas, debaixo da influencia de agentes infecciosos e das suas toxinas, acompanham-se bem depressa, como o tem demonstrado os exames histologicos, de uma infiltração e de uma hyperplasia mais ou menos accentuada desta mesma mucosa.

A sua hypersecreção, a producção de exsudatos, de liquidos, mais tarde de depositos organizados vascularisados, verdadeiros botões carnosos, proliferantes, taes são os factos anatomicos que se constataam nos casos de infecções pouco virulentas.

Estes phenomenos correspondem a casos de mastoidite congestiva, que podem evolucionar para a resolução, para a esclerose ou para a suppuração, porém com lesões osseas pouco accentuadas.

b) *A esclerose* — É este um processo de defeza opposto ás infecções attenuadas ; talvez certas variedades de toxinas microbianas e o terreno em que se produzem desempenhem um papel principal.

O osso ligeiramente atacado, reage com uma osteite condensante de defeza.

Encontra-se n'estes casos uma apophyse mastoide, eburnea compacta, dura como o marfim; o poder osteogeneo do osso é tal que os alveolos osseos estão

inteiramente cheios; a apophyse mastoide comtudo não aumenta sensivelmente de volume.

c) *A suppuração* — Processo destruidor em que a fibro-mucosa desaparece em parte ou na totalidade e as cavidades da apophyse estão cheias de pús ora espesso, denso, compacto, formando uma especie de papa fétida, ora seroso, caseoso, misturado com restos de carie ossea ou sequestros volumosos, tendo em certos casos os caracteres de suppurações tuberculosas.

O osso subjacente é profundamente atacado de osteite destructiva com carie ou sequestros muitas vezes volumosos. Ha osteomielite com os seus diferentes aspectos, com as variações morphologicas que obedecem á estrutura especial do osso e á marcha aguda, sub ou super aguda segundo os casos.

#### d) **Evolução e complicações.**

A evolução anatomo-pathologica normal, como em toda a osteite, é a extensão em todas as direcções e a formação de abcessos collectados, seguidos de fistulas osteopathicas.

A necrose ossea dá logar á formação de um ou varios trajectos fistulosos, facto este, que constitue o primeiro passo para a cronicidade da infecção mastoidea.

Os abcessos tomam assim typos diversos, segundo o modo de propagação e a marcha do pús, dependendo principalmente, ao principio, da disposição dos grupos cellulares.



Assim teremos abcessos centraes, externos, inferiores ou da ponta, anteriores e posteriores, conforme o pús faz o seu apparecimento profundamente, por baixo do esterno-cleido-mastoideo, dando flegmões cervicaes profundos; para fora, do lado da pelle; para baixo, no pescoço (mastoidite de BEZOLD); adiante, no conducto auditivo; para cima, no craneo e atraz, no seio lateral. Para cada uma destas direcções ha circumstancias especiaes a notar, inherentes á conformação anatomica da apophyse, da qual dependem a natureza do diagnostico e suas indicações operatorias.

Quando o pús perfurou as paredes das cavidades cellulares, emigram os microbios da caixa, do antro, das cellulas mastoideas, propagando-se pelo diplõe, para o que se servem, como meio de transporte, sobretudo quando não ha via de continuidade apparente, das bainhas vasculo-nervosas, em particular ao longo das veias, trabeculas conjunctivas, assim como das fissuras anatomicas, e dum modo especial, da fissura petro-escamo-externa subcutanea.

As emigrações atravez do *tegmen tympani* provocam sobretudo abcessos do cerebro, ao passo que os agentes infecciosos, passando pela face posterior do rochedo e da apophyse mastoide, vão ao cerebello.

A infecção pode ainda passar do ouvido para o craneo pelos aqueductos de Fallope, do vestibulo e do caracol, até mesmo pelo labyrintho, atravez do nervo auditivo ou da veia auditiva. Esta propagação encontra-se principalmente antes da idade dos trinta annos,



e mais vezes no homem que na mulher, na proporção de sete para tres.

Os abscessos intracraneeanos, ordinariamente circumscriptos, apresentam-se algumas vezes difusos sob a forma de meningites.

De todos os seios da dura mater, é o seio petroso superior que é mais frequentemente attingido (ALLPORT); mas na pratica nós não temos de intervir senão contra a thrombo-phlebite do seio lateral e da jugular interna.

A frequencia destas ultimas nas mastoidites explica-se pela relação immediata do tecto do antro com a gotteira do seio lateral.

Tambem para este seio se póde estender facilmente a suppuração, na mastoidite de BEZOLD; porquanto, segundo POLITZER, esta se produz nos casos em que ha grande desproporção entre a cortical e a lamina interna da apophyse, algumas vezes delgada como papel; dependendo a sahida destas suppurações da differença de profundidade da ranhura digastrica.

#### e) **Symptomatologia.**

A otite em geral com o seu character insidioso póde apparecer para o lado da mastoide com symptomas geraes e locaes, terminando-se com elevação thermica a 40° e, algumas vezes, vomitos e delirio.

A febre vespertina, que habitualmente acompanha estes symptomas, pode ser fugaz, a ponto de passar despercebida ou manifestar-se por ligeiros calafrios,

mal estar, agitação nocturna, fadiga geral, hyperhemia intensa, persistente e até delirio.

O symptoma local mais significativo, principalmente quando se trata de mastoidite aguda, consiste, ora, em uma dor espontanea, fixa, lancinante, intensa, continua, pulsatil, que nada acalma, exasperando-se pela noite e obstando a todo o descanso do enfermo, provocando nas crianças reacções muito violentas, gritos e gemidos e ás vezes no adulto phenomenos psychicos graves como inibição, entorpecimento intellectual, etc., dor que se exaspera com todo o contacto, e com maior razão pela mais ligeira exploração superficial, e que communmente reside na base da apophyse mastoide, ao nivel do antro, extendendo-se d'ahi em todas as direcções (para a ponta, regiões occipital, temporal e frontal, podendo-se encontrar mais raramente o maximo da dôr ao nivel da ponta ou do seio), ora em dôr surda e profunda, irradiando-se para a metade correspondente da cabeça: é o symptoma subjectivo.

Outras vezes observa-se com o apparecimento da mastoidite, outro phenomeno importante: diminuição brusca da otorrhea, que, até então, era muito abundante.

Reconhecida a gravidade do mal, importa ao medico a exploração minuciosa da região:

O exame da caixa pelo conducto auditivo, faz-nos descobrir, quando a otite não evoluciou ruidosamente, o tympano já cicatrizado, ou uma perfuração tympanica. Algumas vezes vê-se a membrana



bombeada para fora, o que quer dizer que ha retensão na caixa e que a perfuração espontanea é insufficiente: outras, injectada e não bombeada para fora, mas a membrana de SHRAPPNELL perfurada; a infecção está então na região attico-antral e o resto da caixa livre; outras ainda se mostra a membrana do tympano apenas rosada, e não perfurada nem tensa; a violencia dos symptomas geraes leva a crêr que o adito está fechado e que as lesões mastoideas evolucionam em cavidade fechada, tendo a caixa pouca ou quasi nenhuma participação.

Ha, além destes signaes, a turgescencia edematosa diffusa, que se estende a uma porção da região mastoidea, e o afastamento do pavilhão da orelha, provocado pela turgescencia retro-auricular, cuja direcção tende a tornar-se perpendicular á superficie craneana.

Ao mesmo tempo, é frequente que os tegumentos que recobrem a parede posterior do conducto osseo sejam elevados, por sua vez, pelo facto da transmissão ao periosseo da infiltração das cellulas limitrophes.

Durante a evolução, muitas vezes lenta, desse phlegmão, provoca-se uma sensação dolorosa, que pode ser muito intensa pela pressão sobre a mastoide.

Palpando suave e methodicamente com a polpa do polegar e explorando successivamente todos os pontos da apophyse, reconhece-se um ligeiro empastamento e produz-se uma reacção dolorosa. Esta é com frequencia viva e bastante nitida, porém outras vezes é necessário observar a mimica do enfermo, pois que sómente ella vem revelar os matizes da reacção sensível

Se o abcesso mastoideo é evacuado a tempo, os symptomas diminuem; no caso contrario, quando nenhuma intervenção vem em auxilio do individuo portador da lesão, quando em presença de accidentes manifestos de retenção de pús no antro e de uma collecção purulenta abaixo do periosteo, de modo a ser indispensavel uma incisão a fim de dar saída ao pús por uma fistula, que não apresenta nenhuma tendencia á cicatrização, então tem-se uma mastoidite chronica ligada a uma suppuração do ouvido medio.

Algumas vezes estas lesões acham-se limitadas ao antro, outras se estendem á totalidade da apophyse.

Quando acontece não se dar para fóra o escoamento do pús e não ha turgescencia retro-auricular, mas a dor profunda e o mau estado geral existem, ou se intervem, ou de contrario a otalgia transformar-se-á em cephalia e se acompanhará de vertigens, vomitos biliosos, somnolencia, subcoma e outros signaes habituaes da infecção intra-craniana.

As manifestações dos symptomas objectivos são frequentemente em grau inverso ao dos phenomenos subjectivos; as mastoidites agudas com manifestações locais pronunciadas são com mais frequencia acompanhadas de symptomas geraes attenuados, sem duvida porque neste caso a infecção ossea se exteriorisa mais rapidamente, passando para o periosseo e para os tegumentos.

A queda da parede postero-superior do conducto no decurso da otite aguda é um dos primeiros e melhores signaes da infecção mastoidea, e um meio



de diagnostico precioso, quando ha poucos signaes funcçionaes ou estes se confundem com os da propria otite.

Tambem no exame do conducto auditivo se devem ter em conta as modificações da quantidade de suppuração.

Em geral a suppuração que na otite era abundante, diminue quando apparece a mastoidite; é a prova da retensão.

Porém, ás vezes, a otorrhea augmenta, quer de repente, quer depois duma ligeira diminuição; a drenagem faz-se pelo *aditus*, attico e perfuração tympanica, mas de um modo insufficiente.

As suppurações abundantes são dadas mais pela mastoide do que pela caixa.

Quando o ponto doloroso e o edema estão na ponta, provocam ás vezes um *torticolis* de defeza com inclinação da cabeça para o lado doente.

Tambem pode este ser indicio do verdadeiro ou pseudo BEZOLD; ou então provocado por uma adenite cervical e a attitude em *torticolis* indicio de infecção venosa proxima; pois pelos ganglios ha facilmente infecção venosa jugular e sinusal depois.

Ha ainda *torticolis* tardios de origem mastoidea, quando depois da cura da oto-mastoidite persiste a contracção do musculo, de tal modo que em casos semelhantes se tem podido pensar no mal de POTT cervical.

A situação lateral do empastamento, a conservação do movimento de rotação da columna cervical

sobre o seu eixo, a contractura limitada apenas ao musculo esterno-cleido-mastoideo, a desaparição em alguns dias de toda a attitude viciosa por contractura de miosite ou pelo costume, debaixo da influencia da extensão continua, e sobretudo a existencia de uma mastoidite nos antecedentes, põem de parte o diagnostico de uma tuberculose vertebral cervical.

Na mastoidite de BEZOLD, o pús, em lugar de ser superficial, como no caso de perfuração da face externa da apophyse, está profundamente situado, tomando a infecção outra physionomia, d'onde o seu caracter insidioso e grave.

A perfuração da sua parede infero-interna, ao nivel de inserção do musculo digastrico, a consequente inflamação acompanhando o esterno-cleido-mastoideo e a bainha do feixe vasculo-nervoso: é o que caracteriza esta variedade de suppuração mastoidea.

A proposito da symptomatologia da mastoidite de BEZOLD, uma particularidade deve ser assignalada: é a frequencia das complicações intracraneeas concomitantes ou consecutivas.

Diz LUC: A «mastoidite de BEZOLD entra na categoria particularmente maligna de suppurações mastoideas, geralmente de origem grippal, tendo tendencia manifesta para a diffusão rapida dos germens infectuosos, tanto para todo o systema lacunar da apophyse como para os órgãos intra-craneeos.»

Esta diffusão do pús atravez das camadas do pescoço traz quasi sempre embaraço para um prompto



diagnostico; entretanto cumpre observar que ha um symptoma de valor, todavia não absoluto. A saida do pús pelo conducto quando se exerce na porção cervical, que se suppõe compromettida, uma ligeira pressão, é considerada como um symptoma pathognomônico, irrecusavel, da mastoidite de BEZOLD.

LUC tem observado este symptoma quando ha um ponto circumscripto e determinado da região infiltrada durante uma otorrhea. Alem da forma habitual sub-esterno mastoidea, temos outras formas mais profundas e outras mais superficiaes.

Em particular devemos assignalar a forma chamada pseudo BEZOLD, na qual a fistula mastoidea se faz ao nivel da ponta, quer mais para dentro, quer mais para fóra, e não na ranhura do digastrico: a collecção encontra-se então envaginada pela inserção do esterno-cleido-mastoideo.

Comprehende-se que neste caso, a collecção cervical é intra e não sub-esterno-mastoidea e a diffusão se faz na bainha do musculo.

Esta forma é para alguns auctores mais frequente que a BEZOLD verdadeira.

É porem menos grave, porque a suppuração tende mais facilmente a abrir-se na pelle, quer dizer, a drenar-se espontaneamente.

#### f) Diagnostico.

Consideramos os symptomas ordinarios da mastoidite aguda na sua forma habitual.

Geralmente é facil este diagnostico, sobretudo depois de reconhecer os signaes de que acabamos de falar.

Entretanto apresenta-se algumas vezes com difficuldades, que trataremos de explicar.

Temos em primeiro logar o que os auctores denominam sob o nome de algia mastoidea.

Neste caso a symptomatologia local ou geral é muito pobre; só existe um symptoma, a dor, que é muito viva, localisada na região mastoidea; de maneira que devemos basear o nosso diagnostico sobre este unico signal. Mas não devemos esquecer que a dôr da mastoidite pode ser simulada; por cuja razão os auctores deram a esta variedade diversos nomes: mastodalgia, hyperestesia mastoideia, algia mastoidea.

Ora o que complica singularmente o diagnostico, é que esta hyperestesia mastoidea pode estar acompanhada de lesões do ouvido em alguns casos e n'outros não.

A algia mastoidea sem lesões do ouvido apresenta-se na maioria dos casos nas mulheres, que se vêm consultar por «dôres» situadas ao nivel das apophyses mastoideas, com ou sem irradiações.

Essas dôres apparecem espontaneamente, sem causa apparente, e, manifestando-se de repente com intensidade e continuidade absoluta, são moveis, pois podem passar ao lado opposto ou coexistir em ambos.

Emquanto ao estado geral, não observamos nenhuma alteração: não ha nem febre nem perturba-



ções geraes. Nenhum symptoma objectivo local ; nem na membrana do tympano, nem na apophyse mastoide.

A exploração da apophyse mastoide, por palpação suave, revela-nos dois caracteres importantes d'essa dôr: a dôr pode ser acalmada pela pressão sobre a apophyse do lado opposto — a dôr é exasperada com uma ligeira pressão da apophyse doente, o que nos demonstra uma verdadeira hyperestesia da região cutanea mastoidea.

Este facto traz-nos um elemento importante de diagnostico ; porque nas osteites mastoideas, o simples roçar cutaneo da região não desperta nenhuma dôr notavel ; ao passo que a pressão profunda faz apparecer ou augmentar a dôr.

Nas mulheres que padecem de algia mastoidea, descobrem-se com frequencia outros symptomas de neurose, e tem-se visto uma ligeira palpação da apophyse provocar em alguns casos uma crise de hysticismo.

A algia mastoidea dura muitas semanas e mezes, e persegue os doentes, portadores d'ella, a idia da necessidade extrema de uma operação, para alliviar ou curar o seu mal.

Emquanto á hyperestesia mastoidea acompanhada de lesões do ouvido, é mais difficil diagnostical-a. N'este caso é necessario observar a lesão organica e o estado neuropathico do doente.

Uma otite media aguda ou chronica, n'um individuo nervoso, pode ser o ponto de partida de uma hyperestesia mastoidea neuropathica.

Ao lado dos symptomas habituaes que traz consigo uma otite aguda ou chronica, é necessario nas neuroses estudar os caracteres da dôr.

Na verdadeira mastoidite, a dôr não tem nunca, como na algia, um começo brusco, exasperado; além disso é fixa, bem localizada e susceptivel de remissões; a pressão superficial, não desperta, salvo inflamação então evidente, a hyperestesia tegumentaria; ao contrario, a pressão profunda provoca dôr.

No adeno-phlegmão da região mastoidea, existem symptomas geraes e signaes locais superficiaes muito marcados, inflamação da região mastoidea; de maneira que se apresenta aos nossos olhos a questão seguinte: Ha osteite mastoidea, endo-mastoidite verdadeira, ou sómente existem lesões inflammatorias superficiaes, sem participação do osso?

O adeno-phlegmão da região mastoidea é uma affecção que se observa com relativa frequencia. Pode ser consecutiva, ou a um traumatismo das regiões visinhas ou a lesões de eczema impetiginoso da face posterior do pavilhão.

Em geral e particularmente na creança a adeno-lymphangite phlegmonosa mastoidea é consecutiva a lesões distantes, estaphylococcicas, crostas de impetigo, lesões diversas do couro cabelludo, etc., etc.

Descobrir a porta de entrada da infecção é mais difficil no adulto, e, por consequencia, é mais escabroso o diagnostico.

N'estas adenites, a dôr ao começo é muitas vezes posterior, mais occipital que mastoidea; o mesmo



succede com a tumefacção; são os ganglios occipitales que estão tomados; a porta de entrada da infecção é então muitas vezes craneana parieto-occipital.

Outras vezes a dôr e a tumefacção acham-se localizadas para diante, na parte postero-superior do conducto, ao nível dos ganglios mastoideos; a porta de entrada encontra-se então na face craneana do pavilhão.

Estas infecções lympho-ganglionares superficiaes, traduzem-se por uma dôr aguda, que não é profunda, havendo nos tegumentos augmento de temperatura local e tumefacção, com tensão dos tecidos superficiaes.

A' palpação, os ganglios estão augmentados de volume, duros e dolorosos á pressão; feita ella sobre as partes osseas visinhas, não revela dôr especial.

Mais tarde apparecem collecções purulentas ganglionares ou lymphaticas; a tumefacção edematosa pode ser então consideravel; mas não se observa, como nas suppurações osseas abertas, o desprendimento do pavilhão para diante, e o sulco retro-auricular não desaparece.

E se depois da abertura espontanea ou operatoria, exploramos o osso, constataremos que não está desnudado.

Estes diversos symptomas que acabamos de mencionar, veem em nossa ajuda e nos evitam de fazer um diagnostico erroneo de mastoidite.

Devemos recordar que a ausencia de otorrhea, sobretudo na creança, não é uma garantia de integri-

dade da apophyse mastoide, e por conseguinte um argumento em favor das infiltrações superficiaes; mas, pelo contrario, a constatação de uma otite, ou o descobrimento das causas etiologicas da otite, como as lesões nasaes e bucco-pharyngeas, no decurso das febres eruptivas, são importantes elementos de diagnostico.

A propria otorrhea pode, por derrame persistente de pús, falta de cuidados, provocar lesões superficiaes, escoriações do conducto auditivo e da face externa do pavilhão, ou otites externas diffusas que são a origem de lymphangites periauriculares diffusas, superficiaes, que se podem tomar por mastoidites ao primeiro exame e em certos casos por erysipela.

Na lymphangite retro-auricular que é algumas vezes inferior e muitas mais superior, a tumefacção dolorosa do conducto simula, por vezes, a queda da parede postero-superior do mesmo, e pode-nos fazer pensar n'uma mastoidite.

Em resumo: Como podemos clinicamente, antes da exploração directa, fazer o diagnostico?

Trataremos de restabelecer a historia da doença, e a ordem da apparição das lesões. Alem disso, recordaremos que essas lymphangites se acompanham de uma adenite profunda sub-esterno-mastoidea, da ponta da apophyse.

E por ultimo, a tracção feita sobre o pavilhão acompanha-se de uma dôr muito viva, signal de importancia no adulto, porém de escasso valor na creança.



Entre as infecções estaphylococcicas circumscriptas do ouvido externo, o furunculo occupa o primeiro logar; e como por vezes este se acompanha de lymphangite e de adeno-phlegmão mastoideo, não é estranho que se possa prestar a erros de diagnostico.

Com effeito, á inspecção, ha edema retro-auricular, queda apparente da parede postero-superior do conducto por tumefacção edematosa e desprendimento da parede.

Não é difficil diagnosticar a presença dos furunculos superficiaes localisados em volta do orificio do conducto, e os profundamente situados na espessura das partes molles do mesmo. Comtudo esta ultima forma é a que nos pode simular uma mastoidite.

Para diagnosticar que a infecção está alojada nas partes molles e que o osso está intacto, guiar-nos-êmos pela ausencia evidente de signaes funcçionaes. A transmissão das ondas sonoras é pouco ou nada perturbada.

A palpação suave das regiões ganglionares, quer dizer, adiante do *tragus*, na base da apophyse mastoidea, provoca uma reacção dolorosa. Se se faz tracção sobre o pavilhão, a dôr é muito viva. Pelo contrario, com a exploração profunda do osso pela palpação, quer sobre a propria ponta da apophyse, quer sobre a região que corresponde ao antro, a reacção dolorosa não se produz.

Os symptomas fundamentaes obteem-se pela exploração do conducto. A introducção do especulo no conducto edemaciado e inflammado, provoca nos casos de furunculose localisados, quer no pavilhão,

quer na profundidade, uma dôr intoleravel, e o doente defende-se immediatamente.

O conducto auditivo, está em alguns casos quasi obstruido e o especulo não póde penetrar sem esforço, e por conseguinte sem dôr; este é o signal classico que sempre encontraremos n'esta classe de affecções.

Quanto ao diagnostico da mastoidite de BEZOLD é ao principio difficil, devido á ausencia de um signal decisivo.

É necessario evitar confundir as collecções cervicaes da mastoidite de BEZOLD, com os adeno-phlegmões cervicaes a distancia, suppurações consecutivas a otorrehas agudas com ou sem mastoidite concomitante, e resultando da infecção da caixa ou das partes molles visinhas.

Ora bem; estamos em presença de uma mastoidite da ponta fistulizada no pescoço. Que diagnostico faremos? Trata-se de uma verdadeira BEZOLD sub-esterno-mastoidea, ou de uma verdadeira BEZOLD intra-esterno-mastoidea.

Na BEZOLD verdadeira a fluctuação sente-se mal, o musculo pode contrahir-se e o doente pode mover a cabeça; além d'isso a percepção da fluctuação varia com o estado de contracção ou de relaxamento do musculo; perceptivel se o doente inclina a cabeça para o lado da lesão e não perceptivel se a inclina para o lado são. Emfim, a diffusão purulenta cervical desce mais ou menos, mas geralmente bastante, nos espaços cellulares.

Os caracteres da pseudo BEZOLD são exactamente nversos e oppostos a estes. O que chama especial-



mente a atenção é o torticolis por contractura do musculo, e a situação alta e superficial da collecção, que fica em geral mais pela apophyse mastoide, e tende mais rapidamente a abrir-se na pelle.

A retracção inflammatoria do esterno-cleido-mastoideo é indício de uma mastoidite da ponta, quer da verdadeira BEZOLD, quer com mais frequencia da pseudo.

### g) **Prognostico.**

O prognostico é sempre grave, mas com graus. O tratamento pode parar o processo ou mesmo fazel-o retroceder; mas, como é impossivel pronunciar-se desde o primeiro exame, é prudente repor o nosso juizo até que se possa apreciar o resultado da operação.

Entretanto o prognostico póde ser considerado no duplo ponto de vista: função auditiva e saude geral.

Se os ossos estão cariados e o pús retido, ha a temer complicações graves como phlebite dos seios, meningite, abcessos do cerebro e do cerebello, casos de otopathia mortaes.

A audição é enfraquecida, podendo apparecer o perigo d'uma esclerose tympanica ou labyrinthica; complicação particularmente a temer para os arthriticos e tuberculosos, em que a otite se eternisa e determina caries e necroses, que contribuem para o esgotamento do organismo.

Ha casos em que a audição diminue quando a perfuração tympanica cicatriza, sem duvida, porque a platina do estribo não recebe mais as vibrações.

GELLÉ demonstrou que a audição pôde ser conservada apesar da anquilose do estribo.

O prognostico com respeito á funcção é particularmente grave na creança, que poderá ficar surda-muda.

Os perigos que corre o doente são também em proporção com a antiguidade da affecção e a sede da suppuração. É assim que as suppurações do attico são um perigo particular. A otorrhea de estreptococcus parece a mais grave, como a de pneumococcus a menos temível. NOQUET chama a attenção sobre a gravidade especial da otorrhea nos alcoolicos; a sua evolução é mais rapida, a invasão dos centros nervosos mais frequente e as desordens mais extensas. A morte subita pode levar os doentes. Em todo o caso, não é mais permittido considerar a otorrhea como uma affecção que é perigoso curar, com o temor que o mal vá para uma outra parte do corpo.



## CAPITULO IV

### Indicações e contra-indicações — operatorias em geral —

A questão da oportunidade da trepanação nas mastoidites é das mais delicadas: não se pôde resolver senão por um exame minucioso dos diversos symptomas, convindo em caso de duvida, antes praticar a intervenção do que abandonar o doente.

Segundo LERMOYER, reconhecida a mastoidite, é preciso saber se se trata de uma mastoidite aguda verdadeira, e neste caso pode-se instituir um tratamento que cure, ou de uma lesão chronica exacerbada que necessite o esvaziamento petro-mastoideo.

A intervenção pode ser urgente ou oportuna.

A trepanação será feita com urgencia nos seguintes casos:

a) Quando existe uma fistula cutanea, externa, ou abrindo-se no conducto, e então anterior.

b) Quando existe um abcesso e que se possa abrir, quer na face externa da apophyse, quer para baixo, quer para diante, com abaixamento da parede postero-superior do conducto.

Diversas indicações estabelecem a oportunidade da trepanação:

a) A dôr expontanea que não cedeu á paracentese e ao tratamento abortivo.

b) A dôr provocada da base e sobretudo do bordo posterior.

c) O torticolis é muitas vezes uma indicação.

d) Do mesmo modo a otorrhea se é abundante, sobretudo se o pús é sanguinolento, fetido.

e) Quando existem phenomenos cerebraes (abcesso extradural, meningite, abcesso do cerebro, thrombose, pihemia, septicemia).

LERMOYER diz que a ophtalmoscopia poderá ser util; a hyperhemia pupillar agrava o prognostico, a nevrite optica indicando a evolução de uma lesão de meningo-encephalite, mostra a necessidade de uma intervenção rapida. Nas nevralgias da apophyse, attribuidas muitas vezes ao typo das apophyses eburneas, a indicação consiste na abertura larga de todas as cavidades.

N'estes casos, ás vezes, uma só intervenção não



basta. LIPPINCOTT e DUPLAY mencionaram casos em que foi preciso trepanar muitas vezes.

TROLTSCH propoz a trepanação mastoidea para extrahir corpos extranhos da caixa, indicação muito rara.

Quando se trata sómente de uma antrite, com a simples paracentese ou com a perfuração expontanea da membrana do tympano, ella póde evoluir sem grande reacção, não sendo necessaria uma intervenção previa.

Entretanto, quando na antrite ha grande retenção de pús, e que é manifesta a impermeabilidade do *aditus ad antrum* e a inflamação do trama osseo da mastoide e das cellulas periantraes, o caso muda, sendo a indicação obrigatoria de uma maneira absoluta.

Muitas vezes pode-se evitar que mastoidites latentes, insidiosas, venham trazer complicações graves craneanas, thrombo-phlebites, se o cirurgião a tempo fizer a trepanação.

Nos casos de diagnostico duvidoso só se deve operar nas seguintes condições :

a) Emquanto existam manifestações de retenção de pús.

b) Nos casos de grandes hyperostoses do conducto; porque isso difficulta o exame das partes profundas do ouvido, o seu tratamento, e favorece a retenção do pús.

c) Ao constatarem-se phenomenos de extensão ao labyrintho ou ao canal facial.

Que tempo se poderá esperar desde as primeiras manifestações da complicação mastoidea ?

Tratando-se de creanças pôde-se esperar mais tempo que nos adultos; porque durante os primeiros annos de vida, é mais frequente a resolução dos phenomenos, por causa da posição superficial do antro, da espessura maior da parede interna da mastoide, e finalmente, pela existencia da fissura escamosa mais facilmente o pus abre caminho para fóra.

HEINE considera como muito perigosas as suppurações do ouvido medio, depois dos quarenta annos, porque a eburnificação do tecido osseo, favorece o caminho do pus para dentro, ao passo que os indícios exteriores da inflamação, são muito insignificantes.

O mesmo, aconselha tratando-se de adultos, que se faça a operação aos primeiros indícios da infiltração e tumefacção das partes molles, ainda que só haja a queda da parede postero-superior do conducto, com fortes dores de cabeça, apesar duma boa drenagem atravez da membrana do tympano.

SCHWARTZE, aconselha não esperar mais de oito dias ao maximo.

Para os casos em que o diagnostico de mastoidite offerece difficuldades, GRUNERT aconselha a operação, ainda que não existam symptomas exteriores evidentes, quando uma suppuração aguda do ouvido medio, apesar dum tratamento local apropriado e a falta de causas constitucionaes, dura mais de seis a oito semanas. Em tal caso é provavel que haja lesões da mastoide; e esta probabilidade augmenta, se existem ao mesmo tempo, desordens gastricas, como sejam, falta de appetite, lingua saburrosa, obstipação.



Segundo RICH, MUELLER, convem praticar a abertura da mastoide, quando a suppuração do ouvido persiste sem diminuição, durante quatorze dias, apezar do tratamento, secco, adequado. Porém esta opinião é considerada como exagerada por PASSON, GRUNERT e outros.

KORNER é de opinião que uma suppuração profusa que não cessa poucos dias depois da abertura da membrana do tympano, e que ao contrario augmenta, indica que se estão desenvolvendo lesões na mastoide.

Nos casos de suppuração abundante que não diminue depois de quatro semanas, encontrou sempre alterações do osso. Se pelo contrario a suppuração diminue paulatinamente ainda que dure ha mais de quatro ou seis semanas, não ha motivo para crer na existencia das ditas lesões.

Nas contra-indicações, aquella que nos parece mostrar-se com mais nitidez é a que se refere ás meningites. No caso de uma meningite menos generalisada, não ha, porem, contra-indicação; antes pelo contrario, ha indicação bastante opportuna, da qual pode resultar a cura do doente.

Do mesmo modo podemos fallar das meningites purulentas; porém, no que se refere a esta doença, temos que observar que em muitos casos, se não pode distinguir entre os symptomas de uma meningite purulenta e os duma meningite serosa; porquanto a meningite serosa, que é curavel, offerece o mesmo quadro clinico que a purulenta. Sómente a punção lombar, quando positiva, chegaria a uma conclusão se-

gura e evitaria assim experiencias operatorias infructuosas.

É formal a contra-indicação no ultimo periodo da diabetes com cachexia, com grandes perdas de assucar, por causa do apparecimento do coma diabetico, occasionado pela narcose ou pela possibilidade de uma ferida desfavoravel que produza a sepsia.

Egualmente na albuminuria, pelo perigo de um ataque de uremia ou de apoplexia.

O mesmo diremos nas cachexias, na tuberculose generalisada, na anemia, na hemophilia, numa infecção purulenta, porque então poder-se-ha aggravar o estado do doente e concorrer para a extincção da sua vida.



## CAPITULO V

---

### Tratamento pela trepanação da apophyse mastoide

#### **A) Trepanação simples ou antrotomia.**

É sempre para tentar a applicação d'um tratamento preventivo nas mastoidites secundarias, fazendo precocemente, durante a evolução da otite, quer a paracentese da membrana do tympano, quer, e com resultados mais seguros, a incisão larga d'essa mesma membrana, operação banal que nos assegura uma boa drenagem da caixa.

Affirma AUVRAY «ser raro que uma otite assim tratada, desde a apparição dos primeiros symptomas leve á suppuração mastoidea».

Porém, o esboçar-se ainda que nebulosamente o quadro symptomatico das mastoidites justifica a applicação rapida d'um tratamento curativo, que não será inicialmente uma intervenção cirurgica, mas um tratamento otologico, consistindo em augmentar a perfuração do tympano, ou fazendo no ponto de mais declive uma contra-abertura, applicando muitas vezes ao dia douches de ar, que teriam por fim arrastar para fora da caixa pus, polypos, fungosidades, etc., ou compressas embebidas em agua muito quente e que seriam renovadas frequentemente.

A inefficacia d'este tratamento, e assente o diagnostico exacto de mastoidite, leva-nos a trilhar novo caminho, mas firme e resolutamente; porque as indecisões n'este caso, obrigando a adiar a intervenção, só acarretam prejuizos para o doente.

Impõe-se immediatamente a trepanação da mastoide, que consiste na abertura do antro e cellulas mastoideas, antrotomia e cellulotomia.

É por vezes manifesto o receio de proceder afoitamente a tal operação, pela possibilidade de complicações que, assombrando o espirito do cirurgião inexperiente, constituem uma barreira, raro por elle transposta. São no entanto exagerados taes receios.

A prudencia auxiliada pelos conhecimentos precisos de anatomia topographica removerão todos os escolhos, e só alguma anomalia ou o desvio da região operatoria, explicariam essas complicações.

**TECHNICA** — Para iniciarmos a operação submeteremos o nosso doente á acção prolongada e um



pouco profunda da chloroformisação ; e uma vez feita a antisepsia rigorosa de toda a região, depois de barbeada, podemos entrar no primeiro tempo da operação, tendo presente o arsenal cirurgico indispensavel : um bisturi, um martello, dois afastadores, um jogo de goivas de meio centimetro de largura ao minimo e de um centimetro ao maximo, e que podem ser de differentes formas.

Necessitamos de um protector de STACKE, tentaculas, umas dez pinças hemostaticas, uma rugina, diversas curetas fortes e cortantes, e uma agulha para sutura.

1.º Tempo — *Incisão das partes molles.* — Com o pavilhão da orelha bastante reclinado para a frente daremos a incisão, ligeiramente curvilinea, de concavidade anterior, a um centimetro da linha de inserção do pavilhão.

Se fôr dada muito mais para traz expor-nos-hemos a cahir no seio lateral.

Esta incisão atravessando as partes molles até ao osso, de um só golpe, terá por limites o vertice da mastoide e a altura do bordo superior do pavilhão (Methodo de SCHWARTZE).

DUPLAY aconselha fazer a incisão no sulco retro-auricular e ZANFAL prefere uma incisão vertical, de cuja extremidade superior partirá uma horizontal que passe acima do pavilhão.

Não parece no entanto necessario precisar a extensão da incisão. Pensamos que esta deverá ficar ao criterio scientifico de cada um, fazendo-se o menor

possível e extendendo-a tanto quanto fôr preciso ao acto operatorio.

Levada a incisão até ao osso, descollam-se os tegumentos, o periósseo com a rugina, protegem-se as partes molles que serão afastadas para diante e para traz com os afastadores de WAL-KMANN, com a pinça de MALHERBE ou o afastador de VACHER, até se pôr a descoberto toda a metade anterior da apophyse, afim de vermos os pontos de referencia que precisamos para o segundo tempo da operação, tornando bem visiveis os bordos posterior e superior do meato osseo e espinha de HENLE.

N'este primeiro tempo da operação quasi sempre é lesada a arteria auricular posterior e veias emissarias, o que nenhuma complicação traz; pois a hemorragia cede promptamente á hemostase por meio de pinças. Deveremos, entretanto, evitar com todo o cuidado cortar a veia mastoidea.

2.º Tempo — *Abertura do antro* — N'este segundo tempo procuraremos chegar ao antro, atacando directamente o osso.

Reconhecida a espinha de HENLE, limite interno, a linea temporalis, limite superior, e como limite inferior uma linha a um centimetro abaixo d'ella, e tendo sempre em vista que o facial passa na parede postero-superior do conducto, profundamente alojado na metade inferior da apophyse, e que a sua porção horizontal por cima da janella oval é superficial e accessivel de um ferimento; que o canal semi-circular está sobre a parede interna do aditus, acima do



cotovelo do facial; que a cavidade craneana está acima da horizontal que segue o bordo superior do canal auditivo; que a dura mater se encontra ao nível do tecto do antro e do aditus, e que o seio lateral corresponde á metade posterior da apophyse; daremos então os primeiros golpes de goiva perpendicularmente á superficie da apophyse, os quaes deverão ser de quatro millímetros para traz do conducto, e os demais golpes serão dados na horizontal tangente á parede superior do mesmo.

No caso de haver uma fistula, a operação já está começada se esta for no conducto e então abriremos sobre o bordo posterior da mastoide.

RICARD aconselha que se deve abrir para cima e para deante, evitando assim a zona perigosa que fica para traz.

Para chegarmos ao antro tomaremos então a direcção para dentro, para cima e para deante, evitando aprofundar-se mais de vinte e cinco millímetros; encontral-o-hemos como uma escavação profunda, um pouco maior do que as outras cellulas.

Precisamos de ter muito em vista a circumstancia de ser o operando uma creança ou um adulto; pois na creança está o antro situado para cima e um pouco para traz do conducto, sendo o melhor ponto de reparo o seu bordo postero-superior.

A difficuldade de se conhecer a profundidade do antro obriga o cirurgião a acautelar-se em manejar o martelo e a goiva, pois desde a superficie pode correr perigo pela inconstancia do seio lateral. Deve-se

evital-o, fazendo com que os golpes do escopro sejam sempre dirigidos perpendicularmente á superficie da apophyse; porque na abertura do seio lateral ha gravidade, em consequencia da hemorragia que se dá e que, tornando-se rebelde, é muitas vezes mortal; n'este caso então recorre-se aos tamponamentos com gaze iodoformada e catgut.

A profundidade do antro varia conforme a idade do individuo; nas menores edades o antro está na superficie, e por isso se torna mais facil a trepanação; no adulto é sempre mais profundo.

A entrada desta cavidade em forma de funil terá doze millimetros (SCHWARTZE) a quinze millimetros (POLITZER), e o seu vertice está situado á profundidade de quinze.

Como os processos pathologicos, modificam até certo ponto a estrutura da apophyse, acontece por vezes, aos primeiros golpes vibrados no osso, abrirem-se inesperadamente as cellulas que estão inundadas de pús, apresentando-se a parede externa da mastoide quasi inteiramente sequestrada; o que se verifica quando se trata das mastoidites agudas. Outras vezes, porém, a penetração no antro pode ser retardada pelo trabalho de hyperostose (esclerose e eburnação da apophyse), observada quando o ouvido medio é a sede de lesões chronicas (BROCA).

Tendo descoberto o antro retiraremos as fungosidades, pús, etc.

3.º Tempo — *Curetagem das cellulas mastoides*. — Depois de aberto o antro é preciso abrir as



cellulas visinhas que com elle communicam ; o que se conseguirá com o emprego de uma pequena cureta manejada com precaução.

É talvez mais prudente introduzir successivamente em cada cellula o protector de STACKE, fazendo-lhe saltar depois a parede externa, sem que os órgãos profundos, nervos e seio, possam correr o menor risco.

O processo inflammatorio funde ás vezes esses delicados septos, acontecendo apparecer logo no fundo do poço, o seio completamente a descoberto.

A probabilidade de tal accidente justifica a insistencia com que se aconselha o manejo cuidadoso da cureta.

Ainda póde dar-se o caso de se encontrar a face externa da apophyse (cortical) perfurada por trajectos fistulosos, e então guiar-nos-hemos por elles para se chegar aos focos de carie, curetando em seguida as cellulas; não se considerando, porém, terminada a operação senão depois da abertura do antro.

Se ainda a fistula tem a sua séde ou no proprio vertice da apophyse ou na sua face interna (mastoidite de BEZOLD), procederemos á desinserção parcial do esterno-cleido-mastoideo.

Ainda, finalmente, ha a apontar como possivel complicação, a procedencia do seio, donde resultaria impossibilidade de attingir o antro por esta via.

Esta anomalia justifica o emprego de outro processo de trepanação: descollando o pavilhão e levantando camada por camada, a parede posterior do canal auditivo; caminho de resto perigoso, porque provocaria

quasi systematicamente, a lesão dos órgãos profundos, nomeadamente o facial, não só com o proprio instrumento como por esquirolas osseas (SCHWARTZE e KIESSELBALCH).

Uma vez trepanada a mastoide, lava-se a ferida com uma solução antiseptica e drena-se o antro com gaze iodoformada, fazendo em seguida, para diminuir a extensão da ferida cirurgica, a sutura do periosteo e da pelle, terminando por um penso secco de gaze.

O primeiro curativo deverá ser feito dentro de cinco ou seis dias depois da operação, salvo se houver uma reacção febril muito forte e suppuração abundante, que reclamem um curativo immediato.

O resultado definitivo desta operação, como se dá em outras, depende na maior parte dos casos do tratamento consecutivo. Se este não é seguido de certas precauções indispensaveis, é de esperar um mau resultado.

O paciente deve guardar o leito, pelo menos durante oito dias; evitar qualquer movimento brusco com a cabeça, afim de não ser surprehendido por alguma hemorrhagia secundaria.

#### **B) Cura radical ou esvaziamento petro-mastoideo (antro-atticotomia).**

Antes de entrarmos propriamente no assumpto, precisamos estabelecer uma differença entre a trepanação mastoidea e o esvaziamento petro-mastoideo de que nos vamos occupar.



Ha muitas vezes confusão entre estas duas operações; são, entretanto, multiplas as suas diferenças, tanto com relação ás indicações, como com relação á technica.

Como vimos, praticamos a trepanação mastoidea nos casos agudos, fazemos uma simples drenagem e abrimos o antro e as cellulas peri-antraes.

Os esvaziamentos petro-mastoideos, qualquer que seja o processo, só os praticamos nos casos chronicos e abrimos o aditus, o antro, a caixa, e ressecamos todas as partes doentes; neste caso a cura faz-se pela epidermisação.

Faremos uma larga abertura afim de tornar visiveis todas as cavidades do ouvido medio; isto é, abriremos o antro e suas cellulas, o attico, destruindo o muro da logeta, transformaremos o aditus em uma cavidade commum com o antro e a caixa, e faremos communicavel o antro com o conducto, para o que supprimiremos o macisso osseo do facial.

Isto feito, não haverá mais suppuração do ouvido medio, pois este deixará de existir mediante tal processo.

O esvaziamento petro-mastoideo é uma operação muitissimo seria e delicada, para o que carecemos ter o maior escrupulo nas suas indicações. Só deve ser empregado depois de termos lançado mão infructivamente de outros tratamentos.

É indicado nas suppurações do attico, do *aditus ad antrum* e do antro; nos casos de ferimentos por arma de fogo em que a presença da balla se denuncia

por perturbações graves para o lado do ouvido medio e do labyrintho; porém, muitas vezes a balla penetra pelo conducto auditivo externo, como acontece nas tentativas de suicidio, vae alojar-se no rochedo do temporal, sem produzir alteração que nos obrigue a uma indicação immediata.

Nos casos de mastoidite typica de BEZOLD é tambem indicado o esvaziamento, bem como na otorrhea chronica com graves complicações, quando ha dores persistentes e continuas; ou nas formas nevralgicas das regiões mastoidea e temporal, symptomaticas do cholesteatoma ou da eburneação da apophyse mastoide com complicações cerebraes; nos casos de fistula da mastoide ou do conducto, ou fistulas com foco de osteite ou com sequestros; quando ha complicações craneo-encephalicas octogenas e os abscessos extra-duraes, cerebraes e cerebellosos; nas meningites serosas ou purulentas; nas trombo-phlebitis dos seios quando ha derramamento fétido, estenose do conducto e signaes de lesão do attico, perfuração da membrana de SCHRAPNEL e osteite do muro da logeta, unico signal do cholesteatoma; e finalmente em todos os casos em que houver signal de franca invasão para o labyrintho, e quando ha phenomenos de compressão do facial no seu tracto petreo.

Nas contra-indicações dos esvaziamentos petro-mastoideos, encontramos as mesmas causas que para a trepanação mastoidea; são as causas geraes: tuberculose adiantada, cachexia, hemophilia e outras molestias que debilitam o organismo.



Passemos a tratar dos diversos processos :

a) *Processo de Shwartz* (via mastoidea) — Este processo é, sem duvida, o mais empregado por ser mais pratico, e corresponder ás diversas indicações na maioria dos casos.

Para o executar dividil-o-hemos nos seguintes tempos :

1.º Incisamos as partes molles no sulco retro-auricular (incisão de WILDE) ; descollamos o pavilhão e a parte membranosa do canal auditivo com a rugina até á membrana do tympano.

2.º Seccionamos o conducto membranoso com o bisturi, na sua parte superior, junto do tympano, por uma incisão transversal e applicamos o afastador de VACHER em repuxamento, para diante do pavilhão e do canal descollados, para assim ficarem a descoberto os pontos de referencia para a trepanação da mastoide.

3.º Trepanamos no lugar de eleição para a abertura do antro, procurando sempre evitar lesões de órgãos importantes, como o facial, por exemplo, que passa na parede postero-superior do conducto.

Se surgir difficuldade no encontro do antro, podemos lançar mão do processo de WOLF, que consiste em trepanar sobre o aditus, ressecando a parte superior do bordo postero-superior do conducto isto é, sobre a espinha de HENLE.

Aberto o aditus facilmente levamos o protector de STACKE ou uma sonda canelada ao antro.

N'este terceiro tempo precisamos do maximo

cuidado com os golpes de escopro; do contrario, estamos sujeitos a uma escapada, trazendo resultados funestos para a nossa operação.

4.º Consiste este tempo na descoberta do aditus pela ressecção da parede posterior do conducto osseo. Desde o momento em que descobrimos o aditus, levamos o protector de STACKE com o bico para o antro, tomando sempre a direcção obliqua para cima, para deante e para dentro, evitando sempre lesar o facial quando ressecamos a parede postero-superior do conducto. Esta ressecção tem uma forma triangular em que o vertice corresponde ao aditus e a base á superficie cortical. O golpe da goiva deve ter uma direcção horizontal e perpendicular ao plano osseo; o outro golpe pode tambem ser feito com a pinça-goiva, de baixo para cima e de fóra para dentro, seguindo assim o massiço do facial.

Durante este tempo da operação o anestesista vigiará attentamente a face do doente; porque a mais leve modificação do rictus facial denunciará o toque do nervo.

5.º Neste tempo procuramos ressecar o muro da logeta; para isso é levado o bico do protector de STACKE para cima, isto é, para o attico.

6.º No sexto tempo faz-se a extracção dos ossinhos do ouvido.

7.º N'este ultimo tempo o operador cureta a caixa e o antro e retria os sequestros, procedendo de forma que fiquem sem diverticulos, para facilitar a sua epidermisação.



Terminada a operação seguem-se os curativos que são da maxima importancia, pois d'elles dependem quasi sempre os resultados satisfactorios das operações. Estes cuidados são os mesmos que para a antrotomia.

b) *Processo de Stacke (via caixa) ou Atticotomia*

— A operação de STACKE é aconselhada quando ha lesões chronicas do attico.

N'este caso procede-se em sentido inverso ao do processo de SCHWARTZE, isto é, da caixa para o antro atravez do aditus.

STACKE fazia saltar o receptaculo dos ossinhos abatendo o muro da logeta, para o que obedecia á technica seguinte:

1.º Praticava a mesma incisão que SCHWARTZE no seu processo e seguia a mesma prescrição, fazendo a ruginação e descollamento do conducto cartilagineo, até á inserção do conducto osseo, seccionando as paredes superior e postero-inferior.

2.º N'este tempo fazia a ablação da membrana tympanica e do martello.

3.º Em seguida ressecava o muro da logeta, servindo-se do seu instrumento protector, que tinha a propriedade de mostrar a profundidade do attico, e ao mesmo tempo protegia as paredes labyrinthicas da caixa contra as escapadas.

4.º O quarto tempo consistia na ablação da bigorna e na curetagem do attico, tendo o cuidado de proteger o facial e o canal semi-circular com o seu protector.

5.º Finalmente no ultimo tempo, faz uma sutura profunda e o tamponamento da caixa, por via do conducto, e a sutura final da pelle, deixando gaze iodoformada ou melhor gaze hydrophila, por ser menos irritante.

c) *Processo de Wolf (via conducto)* — Este processo só differe do de SCHWARTZE no que se refere ao meio de descobrirmos o antro. Assim, após a incisão mastoidea, applicação da rugina, descollamento do conducto, etc., atacamos o osso com o auxilio do cinzel, trepanando em plena espinha de HENLE (parte postero-superior do conducto), mantendo o cinzel com a concavidade dirigida para o conducto.

Quanto mais profundo fôr o antro, maiores devem ser os cuidados, attendendo ao facto de ser tambem mais vulneravel o facial, razão pela qual é preciso trepanarmos atraz, e ao mesmo tempo um pouco para cima, não tendo importancia o cahirmos simultaneamente sobre o aditus.

Após havermos perfurado até uma certa profundidade, deparamos com uma cavidade, na qual a introdução de um stylete nos permitirá affirmar se realmente é o antro ou se se trata de uma cellula mastoidea.

Se fôr uma cellula continuaremos a agir com o cinzel; porém, se realmente fôr o antro faremos saltar toda a parede externa do mesmo, limpando-o, e em seguida abrimos o aditus e o attico, recahindo assim na technica de SCHWARTZE.



d) *Processo de Kuster* — Este methodo consiste em destacar um retalho cutaneo-periosto-osseo á superficie da mastoide, curetar o foco e voltar a collocar o retalho no seu logar.

e) *Processo de Bergmann* — Differe do de KUSTER, porque por elle fazemos a ablação da parede superior do conducto e externa do attico.

A ablação parcial do conducto já tinha sido aconselhada por WOLF em certos casos, mas o principio novo e fecundo de alevantar a parede postero-superior do conducto, pondo assim a caixa do tympano a nú, em certos casos de lesões inflammatorias graves, é devido a KUSTER e a BERGMANN.

f) *Processo de Zanzal* — Incisão angulosa, desnudação, descollamento das paredes inferior e posterior da porção membranosa do canal auditivo até ao tympano, e destruição da parede postero-superior ossea, da parede externa do atrio e da cortical por meio da pinça cortante de W. LUER.

g) *Processo de Cozzolino* — O professor da Faculdade de Napoles que deu o nome a este methodo, trepana ao nivel do aditus, por baixo da raiz horizontal da apophyse zygomatica fazendo caminhar a goiva para baixo e para traz, depois de elle proprio se collocar do lado opposto ao operado.

Este processo é prudente, porque se opera parallelamente aos órgãos importantes.

## Appendice ao tratamento pela trepanação

### **A) Cuidados post-operatorios.**

**CURATIVOS** — O doente uma vez operado, é conservado no leito nos seis primeiros dias. As dores devem por via de regra desaparecer no dia immediato ao da operação, e quando tal não se dá e o doente apresenta elevação de temperatura, indo até 38°, deve ser feito immediatamente um curativo.

Os curativos, constituíram outr'ora um verdadeiro pesadelo para os cirurgiões que executavam esta operação, visto como, se em uns a epidermisação do foco oto-mastoideo se fazia por si mesma, e portanto, rapidos e faceis eram os curativos, em outros, tal se não dava, e o aurista soffria um verdadeiro supplicio



em lucta com os curativos, que por vezes levavam até mezes consecutivos.

Os methodos de curativo são varios; dentre todos porém dois são os principaes :

1.<sup>o</sup> *Methodo complexo (epidermisação por tamponamento)* — Este methodo consiste em impedir a formação de botões carnosos e procurar estabelecer a epidermisação completa do orificio osseo.

É este o methodo alemão classico usado até hoje, se bem que com algumas modificações, e mesmo assim em risco de ser eliminado da otologia pratica.

O seu meio de applicação é extremamente longo, e os seus resultados imperfeitos.

Exposto por KORNER e usado por STACKE, comprehende este methodo dois periodos.

O primeiro é curto, dura alguns dias, sendo caracterizado pelo apparecimento de botões carnosos que se elevam sobre a parede operada em ilhotas primitivamente isoladas e depois confluentes, formando uma toalha descontinua.

O segundo periodo começa em epocha variavel, e n'elle se observa o seguinte :

No fundo da caixa e labios da ferida, apparece uma fina camada epidermica esbranquiçada, que caminha sobre a superficie dos botões; acontece, porém, que os rebentos carnosos se tornam por sua vez exuberantes e tendem a encher a cavidade, portanto a epiderme não pode recobril-os; ou então, que uma perturbação organica geral ou a maceração da

epiderme neo-formada impedem também a epidermisação; e é então que vamos applicar o nosso methodo, que consiste em fazer parar a proliferação dos rebentos carnosos e oppôr-nos á maceração da epiderme neo-formada, para o que agiremos do modo seguinte:

Durante o apparecimento de rebentos carnosos na cavidade, os curativos serão executados assim: Introduzimos methodica e asepticamente, primeiro no aditus e depois na caixa, pequenas hastes de gaze esterelizada, tão finas quanto possivel, que serão postas de forma a não deixar nenhum espaço vazio.

Por vezes, nos primeiros curativos vemos os labios do orificio apresentando uma exuberancia de botões carnosos, o que exige de nós ou a excisão com tesouras de todo o tecido carnoso ou a curetagem e cauterisação do mesmo.

No fim de 15 dias começa a epidermisação, que é precedida por uma pequena faixa, a qual partindo de uma das bordas da ferida, se estende sobre os rebentos; para favorecer então o desenvolvimento desta epiderme, fazemos curativos diarios.

Geralmente tres mezes após, constatamos que toda a brecha está epidermisada; o antro, caixa, aditus e uma parte do massiço osseo do facial estão recobertos de uma membrana lisa e secca, restando, porém, ainda recobrir alguns pontos, para o que suprimimos o tamponamento ou tornamo-lo mais frouxo.

A cura vem em data variavel, sendo que a média é de tres mezes para o curativo classico, cinco a seis semanas para o de não tamponamento.



O doente pode ser considerado como curado quando toda a cavidade está epidermisada, e quando o acido borico insuflado n'esta cavidade, e em diversos pontos, é n'elles encontrado intacto.

As recahidas correm por conta, ora de um foco de osteite não curado, ora de um cholesteatoma que renasce.

Por vezes a nova cavidade epidermisada apresenta alterações que poderiam ser tomadas por uma recahida; mas estas alterações são superficiaes, não vão até ao osso, e desaparecem rapidamente com um simples curativo secco.

2.º *Methodo simples* — Este processo que consiste em encher a cavidade operada com tecido fibroso, pode ser feito de dois modos, conforme seguimos a technica de LAURENS ou a de EOMAN.

Se seguimos LAURENS, temos a considerar dois casos, a saber: 1.º aquelle em que conservamos o conducto membranoso; 2.º aquelle em que não fazemos tal conservação.

No 1.º caso os curativos são simples, e consistirão apenas em dilatar mecanicamente o conducto por meio de uma mecha de gaze grande e bem premdida, afim de evitar a estenose, e guardar o fundo da caixa, a cura operando-se em cinco ou seis semanas.

No 2.º caso, se foi feita uma autoplastia e reunião por primeira intenção, collocamos uma mecha de gaze no orificio do conducto auditivo; seis dias apoz, retiramo-la, lavamos a cavidade e tamponamos

de novo, repetindo esta operação durante tres dias, até que os retalhos estejam bem adherentes. Isto feito começaremos os curativos diarios constituídos pela cauterisação dos botões carnosos exuberantes com tintura de iodo, e introdução de uma mecha de gaze aséptica no orificio.

Se seguimos EOMAN, após o esvaziamento, a autoplastia é feita segundo o methodo de KORNER, isto é, a abertura retro-auricular suturada, a cavidade operada tamponada com gaze pelo conducto, o curativo é levantado no 5.º dia, e d'ahi em diante, é feito diariamente, e consiste tão sómente no seccamento de toda a cavidade por meio de tampões de algodão esterelizado e insuflação de acido borico finamente porphyrisado.

Nos primeiros dias apparece uma secreção citrina muito abundante, que desaparece apoz a ablação das peças do curativo; a duração total do curativo é de 35 dias, e a forma posterior da cavidade é a que foi creada pela operação.

### **B) Autoplastia mastoidea.**

Terminado assim de um modo muito embora rapido, o estudo dos diversos methodos empregados para a realisação do esvaziamento petro-mastoideo e dos curativos que se seguem á operação, digamos agora alguma cousa sobre a autoplastia mastoidea, o que constituirá o complemento desta intervenção:

Acontece por vezes, que apoz o esvaziamento petro-mastoideo, persiste no ouvido um orificio mais



ou menos vasto, verdadeiro meato creado pelo cirurgião, o qual deve desaparecer por meio de uma pequena operação, constituindo isto a plastica mastoidea.

Nem sempre porém, esta plastica pode ser empregada, devido ao que só devemos applical-a, quando para tal houver indicação.

Geralmente, ella é empregada :

1.º Como meio de protecção da cavidade operatoria contra todas as irritações externas.

2.º Para supprimir uma brecha circular ou infundibiliforme, constituindo uma deformação das mais desgraciosas.

3.º Para a cura de certas perturbações que possam ter como causa a chegada brusca e directa do ar ao estribo, como por exemplo, a vertigem.

Ao contrario porém, se as repetições da suppuração apparecem ainda mesmo que com intervallos afastados, se as repartições do eczema attingiram a epiderme neo-formada recobrando o osso e o bloco fibroso que enche a cavidade, se o orificio auditivo não foi sufficientemente alargado, não permitindo portanto a inspecção rigorosa de todas as anfractuosidades da cavidade, a autoplastia é contra-indicada por completo.

Vejamos agora, no caso de ser ella indicada, como deve ser executada.

Temos que considerar as seguintes partes: anesthesia, arsenal cirurgico e technica operatoria.

A anesthesia deve ser local e constituida por uma injecção de cocaina, a não ser que o orificio seja tão

estreito que não permita a injeção intra-dermica, caso este em que recorreremos ao chloroformio.

O arsenal cirurgico é constituido por um bisturi estreito, pinça de dissecação, ruginas, pinças hemostaticas, tenta-canulas, agulhas curvas, agulhas de Reverdin, catgut, crina de Florença e compressas de gaze aseptica.

Quanto ás technicas operatorias, são varias e dentre ellas citaremos apenas as mais usualmente empregadas:

a) *Processo de Mosetig-Morrhof* — Consiste este processo em retirar o retalho obliterante que é cutaneo, da parte inferior do orificio, e de maneira tal que o pediculo do mesmo seja constituido pelo rebordo inferior do orificio.

Quatro são os tempos em que fazemos toda a operação :

1.<sup>o</sup> Incisão curvilinea interessando apenas a camada superficial da pelle; apoz isto fazemos uma 2.<sup>a</sup> incisão excentrica em relação á 1.<sup>a</sup> e distante d'ella um millimetro.

Levantamos então com o bisturi a zona epidermica comprehendida entre as duas incisões, e obtaremos assim um retalho sangrento; depois tornamos mais profunda a incisão externa, levando-a até á aponevrose e dirigimos a lamina do instrumento sob o retalho que é dissecado debaixo para cima, tendo o cuidado de não interessar o rebordo inferior do orificio que deve constituir o pediculo, o qual deve ser



ão largo quanto possível; este retalho, vae apresentar um rebordo desprovido de epiderme e sangrento sobre as duas faces.

2.º tempo — Consiste em incisarmos primeiramente o contorno do orificio exactamente sobre o rebordo, salvo em baixo ao nivel do pediculo; depois destacamos o retalho da parede ossea, para o que insinuamos o bisturi deitado na incisão, de forma a destacar o osso da pelle e fazemos um sulco, quasi circular, interposto entre os dois planos, tendo o mesmo 2 millimetros de profundidade.

3.º tempo — Isto feito, levantamos o retalho com a face epidermica voltada para a cavidade operatoria e insinuamos o rebordo do mesmo no sulco feito pelo bisturi; de modo a encaixal-o como uma cupula no encaixe da sua armação.

Com uma agulha curva e fina, dispomos então uma corôa de fios de catgut, sendo que cada fio para atravessar o retalho começa por transfixar os tegumentos.

4.º tempo — A ferida resultante da elevação do retalho, é suturada pela approximação das suas bordas e a superficie sangrenta do retalho é recoberta por meio do enxerto de THIERSCH, ou deixada cicatrizar por meio de rebentos.

b) *Processo de Stacke* — Consiste este processo em cortarmos dois retalhos cutaneos, os quaes são talhados e collados pela sua superficie sangrenta, de tal forma que as duas faces interna e externa ficam sendo epidermicas.

Para isso procedemos do modo seguinte :

1.º retalho — Atraz do orificio a fechar e tangencialmente a elle, dissecamos com um bisturi um retalho cutaneo com a direcção e forma identicas ás do orificio, tendo o cuidado porém, de que a pelle esteja por completo depilada, afim de evitar que os cabellos ahi existentes vão ulteriormente desenvolver-se na orelha. O pediculo do retalho, será formado pela borda do orificio adjacente ao mesmo.

Com um bisturi destacamos o retalho da superficie mastoidea, e fazemo-lo rodar em torno da borda posterior do orificio, a qual representa o papel de eixo, de forma a applical-o sobre a brecha ossea a prehencher.

N'esta posição elle apresentará a face sangrenta para fora, e a sua parede cutanea do lado da cavidade auricular.

As bordas do orificio são então avivadas ao nivel do rebordo posterior, que constitue o pediculo; affrontam-se as bordas do orificio, e quando estiverem bem em contacto praticamos a sutura.

2.º retalho — Este será tangente á borda inferior do orificio, será cutaneo-periosteo-osseo, e finalmente possuirá uma dupla superficie; porquanto terá de recobrir as suas superficies sangrentas subjacentes.

A dissecação de um retalho cutaneo periostico basta quasi sempre; tomal-o-hemos abaixo do orificio, e dissecamo-lo de maneira tal que o seu pediculo seja largo e espesso.

Após isto é torcido em torno do seu eixo, e



applicado com a epiderme fora, sobre as duas faces sangrentas superiores, formadas pelo primeiro retalho.

A torção deve ser feita de modo tal que a borda anterior d'este grande retalho possa ser suturada á borda anterior do orificio, e a sua borda posterior á borda posterior da perda de substancia creada pela dissecação do 1.º retalho.

Após a autoplastia, resta na parte inferior uma superficie ossea desnudada, correspondendo á ponta da apophyse, sobre a qual foi levantado o grande retalho cutaneo-periostico; esta superficie, será recoberta com enxerto de TIERSCH, ou será reparada por meio de proliferação de botões carnosos.

b) *Processo de Passow-Trautman* — Ao nivel dos polos superior e inferior do orificio praticam-se duas incisões verticaes e longitudinaes, que invadem a cavidade esvasiada, tendo todas 4 a 5 millimetros; depois tiram-se duas outras semi-circulares, uma anterior e outra posterior, reunindo as duas primeiras, distando alguns millimetros do rebordo do orificio e mais distantes da parte média.

O corte posterior, deve atravessar o periosteo, indo o anterior até ao perichondrio.

Ao nivel da semi-circumferencia anterior, o retalho cutaneo será destacado a bisturi, e ao nivel do posterior será destacado á rugina e recalçado para a cavidade mastoidea.

Os tegumentos cutaneos recobrimdo a mastoide, serão ligeiramente descollados com a rugina atraz da

semi-circunferencia posterior, de modo que mais facilmente possa ser mobilizado este labio para a sutura final.

Rebatemos após isto os dois retalhos para a cavidade mastoidea, de forma tal que a face epidermica seja dirigida para dentro, e em seguida, praticamos a sutura, que é feita horizontalmente com uma agulha acotovelada.

Se devido á saliencia ossea do rebordo apophysario a agulha não pode ser manobrada no sentido horizontal, executamos a sutura n'um plano longitudinal. Atravessamos os retalhos anterior e posterior duas vezes no sentido longitudinal, de tal forma que fiquem ao todo oito fios, sendo quatro em cada retalho; finalmente fazemos a sutura da pelle com crina, afim de approximarmos os dois labios externos.

Após sete dias, o curativo é levantado e os fios são cortados.

d) *Processo de Georges Laurens* — Se devido ao tamanho da brecha, impossivel se torna fazermos o avivamento das bordas do orificio e respectiva sutura, se o processo de PASSOW-TRAUTMAN é tambem impraticavel devido aos tegumentos circundantes do orificio serem constituídos por um tecido cicatricial fino, adherente ao osso, e de uma vitalidade duvidosa para a constituição dos retalhos, podemos empregar o processo de LAURENS, que consiste no seguinte:

Na face posterior do pavilhão cortamos um



retalho tendo a forma do orifício, sendo porém um pouco maior que elle, isto é, mais ou menos um terço da circumferencia total ; em seguida, descollamos o plano cutaneo e voltamo-lo para traz, de maneira que o orifício fique pelo mesmo obturado, ficando, porém, a face epidermica voltada para dentro, isto é, olhando para a cavidade operatoria.

Isto feito, avivamos os dois terços posteriores da circumferencia orificial, affrontamos cuidadosamente as duas bordas, e finalmente reunil-as-hemos por meio de fios de crina.

Restam assim duas superficies sangrentas, que são recobertas com o enxerto de THIERSCH.

### **C) Incidentes e accidentes post-operatorios.**

Póde succeder, depois de se effectuar uma trepanação mastoidea, que a cura seja retardada, por uma atonia da ferida que está palida e sem granulações.

Succede isto, sobretudo, nas mastoidites consecutivas a uma doença infecciosa, ou em individuos debilitados.

Outras vezes, a otite media persiste, e o conducto continua a suppurar apesar da ferida mastoidea caminhar perfeitamente.

N'estes casos é na caixa que se deve procurar a causa ; n'ella encontraremos lesões dos ossinhos ou lesões das suas proprias paredes.

Pode ainda acontecer, no curso de uma mastoidite operada, que as bordas da ferida se apresentem

á nossa vista irritadas, o pavilhão roxo e doloroso e o pús fétido. Isto quer dizer que a ferida está infectada. Quaes as causas dessa infecção? Pode ser devida á pouca frequencia dos curativos ou ao uso da gaze iodoformada. N'estes casos bastará fazer curativos seccos, diariamente, e tudo caminhará bem.

E finalmente, devemos fazer notar que um tamponamento da ferida muito apertado e prolongado, é a causa de uma lenta evolução para a cura.

Uma mastoidite operada, pode recidivar quando se effectuou uma cicatrização defeituosa, tendo-se passado as coisas da maneira seguinte: deixou-se cerrar a superficie antes da profundidade; as bordas da ferida passaram como uma ponta sobre a cavidade ossea, e de isto resulta a formação de uma collecção purulenta no espaço livre. A cicatriz cutanea, pouco resistente, distende-se, toma uma coloração roxa, o abcesso forma-se novamente, e todos os symptomas da mastoidite apparecem. É necessario abrir o abcesso e curetar as paredes da cavidade, e começará depois novamente a cicatrização.

Tambem a otite que originou a mastoidite pode apresentar uma recidiva, que apparece quer no curso do tratamento, quer depois.

Ella é originada por uma reinfeccção da caixa, pela trompa. Ao encontrarmos-nos em presença de estas recidivas, observaremos a membrana do tympano e encontral-a-hemos com uma coloração roxa e bombeada para fora; uma larga paracentese fará desaparecer todos estes symptomas alarmantes..



#### D) Cura.

Toda a mastoidite bem operada e que tenha evoluído com regularidade, cura-se na maioria dos casos, n'um espaço de tempo que varia de quatro a seis semanas.

Os caracteres de uma mastoidite curada, são os seguintes:

1.º Uma cicatriz linear, coberta em grande parte pelo pavilhão; esta cicatriz está adherente aos planos profundos, de coloração roxa ao principio e branca em seguida.

2.º A não suppuração do conducto auditivo e a occlusão da perfuração tympanica.

3.º A desaparição dos ruidos auriculares e a volta da audição.

## CAPITULO VI

### Casos clinicos

#### OBSERVAÇÃO I

##### **Mastoidite suppurada.**

E. A. L., de 47 annos, viuva, domestica, residente no Porto.

Entrou para o Hospital da Misericórdia a 21 de Novembro de 1918, com abaulamento da região mastoide direita e congestão da pelle. Palpação e percussão, dolorosas.

Sem edema.

Doente ha quatro mezes com inicio grippal.

Dois mezes antes da entrada para o Hospital,



começou a sentir picadellas no ouvido e dores de cabeça; pouco tempo depois principiou a notar a tumefacção da região mastoidea e lateral do pescoço, não se podendo deitar para o lado direito por causa da dôr no ouvido, já durante a grippe. No entanto entre esta e a mastoidite declarada mediarão cerca de dois mezes, em que andou a pé, mas sem poder trabalhar porque baixando-se doia-lhe a cabeça e muito fortemente o ouvido.

Tem sido sempre saudavel. Teve tres filhos que são todos vivos e egualmente saudaveis.

Foi trepanada a 27 de Novembro. Teve drenagem e aproximação dos extremos da incisão.

Manteve o penso operatorio 15 dias, sem reacção de valor. Saiu curada a 19 de Janeiro de 1919.

## OBSERVAÇÃO II

### **Mastoidite de Bezold.**

L. M. da F., de 22 annos, solteiro, vendedor de jornaes, residente no Porto.

Entrou para o Hospital da Misericordia a 29 de janeiro de 1919, tendo na face lateral direita do pescoço uma tumefacção elliptica, correspondendo pela sua extremidade superior ao vertice da mastoide e seguindo o grande eixo a direcção do esterno-cleido-mastoideo.

Anteriormente o abcesso termina a dois centime-

tros do bôrdo posterior do ramo montante do maxilar superior.

Pelle de côr normal.

Palpação dolorosa nomeadamente sobre o vertice da apophyse.

Fluctuação nitida.

Ausencia de pus no canal auditivo.

Cephalalgias persistentes provocando-lhe insomnias.

Movimentos de cabeça, reduzidos e dolorosos.

De vez em quando, dores fortes no ouvido.

Pulso frequente ( $P = 92$ ), rithmico, hypertenso. Ruidos cardiacos normaes.

Lingua levemente saburrosa. Apresenta adenopathia inguinal.

Cinco mezes antes tinha tido uma gripe, que lhe durára cinco dias, começando depois a sentir fortes dores de cabeça, que o incomodaram perto de uma semana; em seguida, vieram-lhe zumbidos no ouvido direito, que alguns dias depois deram a vez a persistentes dores por algumas semanas.

Em principios de janeiro começou-lhe a correr pus pelo canal auditivo, parando ao fim de dez dias.

Emquanto houve suppuração não houve dores.

Uma vez parada ella, a dor voltou, iniciando-se então a tumefacção na face lateral do pescoço a que fizemos referencia.

Aos dez annos teve uma adenite inguinal esquerda de origem bacilar (?) Ha trez annos um cancro molle (?) que curou ao fim de trez mezes, e cuja



cicatriz deprimida e circular se nota ainda sobre o dorso da glândula, a meio centimetro do meato urinario.

O pae falleceu aos 48 annos de uma doença de estomago; a mãe aos 52, de typho exanthematico. Teve 11 irmãos dos quaes vivem só tres, que são saudaveis, ignorando a causa da morte dos restantes oito.

Fez-se-lhe o esvaziamento petro-mastoideo com a atticotomia consecutiva. A trepanação da mastoide foi começada com uma corôa de trepano e continuada depois com escopro e martelo.

Á medida que se abriam as differentes cellulas mastoideas emergia um pús espesso.

Terminado o esvaziamento, abriu-se o abcesso e fez-se depois uma contra-abertura cinco centimetros abaixo do limite inferior da incisão retro-auricular.

Drenagem pelo canal auditivo e drenagem da cavidade do abcesso por um tubo de cautchouc de oito centimetros de comprimento.

Dois dias depois da operação foi levantado o penso, usando-se o soro physiologico. Não se encontrava nem pus nem mau cheiro, correndo apenas pelo dreno de borracha, da cavidade do abcesso um liquido hematico, em quantidade minima.

Os curativos passaram desde então a ser diarios, empregando-se apenas a gaze esterelisada sem uso de qualquer antiseptico.

Em 14 de Fevereiro, retirou-se o tubo de borracha e ficou com dreno de gaze.

Em 18, o penso vinha embebido em pus e da cavidade do abcesso corria pus em abundancia.

Dois dias depois, com um penso cuidadoso a suppuração diminuiu.

Como os bordos da ferida se apresentavam muito exuberantes, fez-se a 20 de Fevereiro, uma applicação de nitrato de prata, sobre os gomos car-nudos. Os trajectos dos drenos fistulizaram e fez-se dias depois uma infiltração de toda a parte lateral direita do pescoço, pelo que foi preciso abrir largamente a parede externa do abcesso, fazendo-se em seguida uma curetagem de toda a cavidade.

Para completar a evolução da doença, resta-nos dizer que no dia seguinte á operação o doente apresentava uma notavel paralysia do facial, não podendo por isso fechar o olho direito e apresentando um repuxamento grande da cumissura labial do mesmo lado.

Essa paralysia foi-se atenuando lentamente até que desapareceu por completo decorrido mez e meio, devendo-se accentuar que a paralysia palpebral foi a ultima a desaparecer.

### OBSERVAÇÃO III

#### **Mastoidite de Bezold.**

J. V. dos S., de 26 annos, solteira, domestica, residente em Gaia.

Entrou para o Hospital da Misericordia a 23 de Fevereiro de 1919 com tachycardia ( $P=85$ ), urinas escuras, vestigios de pigmentos biliares, tumefacção da



região mastoideia direita, dôres espontaneas ligeiras, palpação dolorosa, rubefacção da pelle que cõbre a tumefacção e de toda a parte lateral direita do pescoço até proximo da clavicula. Pelo canal auditivo externo, corria pús. Movimentos de rotação e lateralidade do pescoço reduzidos e dolorosos. Desapparecimento do sulco retro auricular e queda da parede superior do conducto auditivo externo.

Havia um mez e meio que tinha adoecido com muita febre, cephalalgias, prostracção, podendo ser um caso de grippe, não só pela occasião em que lhe appareceu, mas tambem porque n'esse tempo havia em sua casa cinco pessoas com a dita doença.

Depois de tres semanas assim, começou a melhorar e pouco depois a sentir dores violentas no ouvido direito com propagação posterior, e que foram augmentando de intensidade.

Em seguida a uma tumefacção na região mastoideia, no lado direito da face e com dores insupportaveis, o ouvido entrou a suppurar.

Sarampo aos 8 annos. Diz ter tambem soffrido do estomago.

Os paes são saudaveis bem como os irmãos.

Foi operada no dia 26 de Fevereiro pela antro-atticotomia ficando o antro drenado pelo conducto auditivo. Oclusão da brecha pela sutura dos tecidos molles. Drenagem do abcesso do pescoço.

Depois da operação, a doente apresentava paralytia accentuada da metade direita da face, intercorrencia esta que se foi modificando para melhor, lenta mas

persistentemente de maneira que a doente, 7 mezes depois de operada, não apresenta o mais leve vestigio d'essa paralyisia.

Convem accentuar que a morosidade da cura está em grande parte no insufficiente tratamento feito depois da sahida precipitada do hospital.

Qual a pathogenia d'estas paralyisias verificadas depois das operações?

Julgamos não estar longe da verdade aventando a hypothese d'um processo inflammatorio transmittido por contiguidade á bainha do nervo, dando-se então uma perinevrite do facial.

A propria affecção do nervo não nos obrigaria a fazer um prognostico absolutamente desfavoravel; pois MALLOIZEL em 1903 mostrou que tendo sido seccionada a corda do tympano, a sua regeneração começou dois mezes depois; e cinco mezes passados desde a secção, a funcção estava restabelecida d'uma maneira completa.



## CONCLUSÃO

---

Terminado muito embora de um modo resumido este trabalho, cabe-nos agora o dever de apresentar as nossas conclusões, no referente áquillo que expuzemos.

Com effeito, estudamos a trepanação mastoidea nos seus differentes methodos, com opiniões e technicas operatorias; impõe-se dizermos tambem alguma cousa sobre a nossa opinião pessoal.

Vimos que, para a execução de uma mesma intervenção, multiplos são os processos existentes, todos disputando a primazia no concernente aos resultados; vimos que se de um lado existem cirurgiões, que proscvem de um modo absoluto certas intervenções mastoideas, julgando-as intempestivas e negando-lhes resultados por completo satisfatorios, outros ha que possuem pelas mesmas uma verdadeira predilecção, e prescrevem-nas sempre para todos os casos eguaes.

Ora depois que tudo isso já foi explanado, depois que todas essas opiniões foram citadas, para que lado devemos deixar pender o nosso espirito de principiante ?

Devemos ser abstencionistas ?

Collocar-nos-hemos do lado dos intervencionistas ?

Para uma mesma intervenção existem varios methodos; e então, qual deverá ser por nós preferido, qual o melhor ?

Constituindo as intervenções um methodo therapeutico, e variando os methodos conforme a molestia, e ainda mais, n'uma mesma molestia variando o tratamento conforme o doente, não poderemos ser nem abstencionistas nem intervencionistas.

Muito embora neophytos, não proclamamos este ou aquelle methodo como sendo o ideal, assim como a nenhum, desde que seja racional, condemnamos.

Não nos collocamos nem de um lado nem do outro, porque nos falleçam conhecimentos, que fallecem; mas porque, ao nosso vêr, é o resultado do exame do doente que de um modo imperioso ordena qual a conducta a seguir, qual o methodo a empregar.

---

VISTO.

PODE IMPRIMIR-SE.

*Teixeira Bastos.*

*Maximiano Lemos.*



## BIBLIOGRAPHIA

---

TESTUT — *Traité d'Anatomie humaine.*

ANDRÉ CASTEX — *Des maladies du pharynx du nez  
et des oreilles.*

TRICELTSCH — *Traité pratique des maladies de l'oreille.*

TOYNBÉE (JOSEPH) — *Maladies de l'oreille.*

JULIO ALMEIDA DA CONCEIÇÃO — *O empyema da  
apophyse mastoide (These), etc., etc.*